

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 10
H1016_PH272SP-092022_C

Este formulario condensado e integral se actualizó el 03/01/2023. 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 03/01/2023. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

¿Qué es el Formulario de AvMed Medicare?

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

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

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

Afección médica

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

Listado alfabético

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 68. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

El Formulario adjunto es vigente a partir del 03/01/2023. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 68.

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

B/D: Este medicamento por receta puede estar cubierto bajo la Parte B o la D del Medicare, dependiendo de las circunstancias. Para tomar determinación, puede ser que se necesite presentar información que describa el uso y las circunstancias del medicamento por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed al 7-800-782-8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00am a 8:00pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de Septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 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_Effective 03/01/2023

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
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</i> <i>soln 120-12 mg/5ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>tab 300-15 mg</i> QL (400 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>tab 300-30 mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>acetaminophen w/ codeine</i> <i>tab 300-60 mg</i> 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 2.5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 5-325mg</i> QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 7.5-325mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>endocet tab 10-325mg</i> 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</i> <i>soln 7.5-325 mg/15ml</i> QL (2700 mL / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> <i>7.5-200 mg</i> 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 **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
 Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxycodone 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 in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 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 in saline inj</i> 0.8 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 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

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>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	4	
<i>meropenem SOLR 1gm, 500mg</i>	4	
<i>methenamine hippurate TABS 1gm</i>	4	
<i>metronidazole SOLN 500mg/100ml</i>	3	
<i>metronidazole TABS 250mg, 500mg</i>	1	GC
<i>neomycin sulfate TABS 500mg</i>	2	GC
<i>nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)</i>	5	QL
<i>nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg</i>	3	
<i>nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg</i>	3	
<i>paromomycin sulfate CAPS 250mg</i>	4	
<i>pentamidine isethionate inh SOLR 300mg</i>	4	B/D
<i>pentamidine isethionate inj SOLR 300mg</i>	4	
<i>praziquantel TABS 600mg</i>	4	
<i>SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg</i>	5	
<i>streptomycin sulfate SOLR 1gm</i>	4	
<i>sulfadiazine TABS 500mg</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	4	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	3	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1	GC
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1	GC
<i>SYNERCID INJ 500MG</i>	5	
<i>tinidazole TABS 250mg, 500mg</i>	3	
<i>tobramycin NEBU 300mg/5ml</i>	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml</i>	3	
<i>trimethoprim TABS 100mg</i>	3	
<i>TRIMETHOPRIM TABS 100mg</i>	3	
<i>vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)</i>	4	QL
<i>vancomycin hcl CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)</i>	4	QL
<i>vancomycin hcl SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg</i>	4	
<i>VANCOMYCIN INJ 1 GM</i>	4	
<i>VANCOMYCIN INJ 500MG</i>	4	
<i>VANCOMYCIN INJ 750MG</i>	4	
FUNGICIDAS		
<i>ABELCET SUSP 5mg/ml</i>	4	B/D
<i>amphotericin b SOLR 50mg</i>	4	B/D
<i>amphotericin b liposome SUSR 50mg</i>	5	B/D
<i>caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg</i>	4	
<i>fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg</i>	3	
<i>fluconazole TABS 150mg</i>	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i>	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i>	3	
<i>flucytosine CAPS 250mg, 500mg</i>	5	PA
<i>griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg</i>	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg</i>	4	
<i>itraconazole CAPS 100mg</i>	4	PA
<i>ketoconazole TABS 200mg</i>	3	PA
<i>miconazole sodium SOLR 50mg, 100mg</i>	5	
<i>NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)</i>	5	QL PA
<i>nystatin TABS 500000unit</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>posaconazole</i> TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>voriconazole</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
<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	

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
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
zidovudine TABS 300mg	3	
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	3	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 120-15MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DESCOVY TAB 200/25MG QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine- tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100- 150 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133- 200 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167- 250 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200- 300 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL

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

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
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	3	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	5	
valganciclovir hcl TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	
VOSEVI TAB	5	PA
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	

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>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 750mg	3	
<i>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin 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

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>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin CAPS</i> 500mg	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for inj 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for inj 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 15 (10-5) gm	4	
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
cyclophosphamide SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
GLEOSTINE CAPS 10mg, 40mg	4	
GLEOSTINE CAPS 100mg	5	
LEUKERAN TABS 2mg	4	
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
oxaliplatin SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
paraplatin SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl liposomal INJ 2mg/ml	5	B/D
ELLECE SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
azacitidine SUSR 100mg	5	B/D
cytarabine SOLN 20mg/ml	3	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
gemcitabine hcl SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	LA PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	LA PA
mercaptopurine TABS 50mg	3	
methotrexate sodium SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3	B/D
ONUREG TABS 200mg, 300mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
abiraterone acetate TABS 250mg, 500mg	5	PA
anastrozole TABS 1mg	2	GC
bicalutamide TABS 50mg	2	GC
ELIGARD KIT 7.5mg, 22.5mg, 30mg, 45mg	4	PA
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
EULEXIN CAPS 125mg	5	
exemestane TABS 25mg	4	
fulvestrant SOSY 250mg/5ml	5	B/D
letrozole TABS 2.5mg	2	GC
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	3	
nilutamide TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	2	GC
toremifene citrate TABS 60mg	5	
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
lenalidomide CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA

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>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
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
VARIOS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	LA PA
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	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
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
MITOTIC INHIBITORS		
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 6mg/ml, 30mg/5ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
ALECENSA CAPS 150mg	5	LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5	PA
<i>bortezomib</i> SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA

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
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
EXKIVITY CAPS 40mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5	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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
SCSEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
SCSEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>sorafenib tosylate</i> 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
<i>sunitinib malate</i> 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
TAGRISOL 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

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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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	

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
CARDIOVASCULAR		
COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1	GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA		
eplerenone TABS 25mg, 50mg	3	
KERENDIA TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	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
ALFA BLOQUEADORES		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	GC
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2	GC
COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 5-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil</i> tab 10-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>EDARBYCLOR</i> TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>EDARBYCLOR</i> TAB 40-25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ENTRESTO</i> TAB 24-26MG	3	
<i>ENTRESTO</i> TAB 49-51MG	3	
<i>ENTRESTO</i> 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
<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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<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	

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

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

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>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	
BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES		
<i>atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg</i>	2	GC
<i>atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg</i>	2	GC
<i>bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg</i>	2	GC
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	3	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	3	
BETABLOQUEANTE		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	3	
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
<i>nebivolol hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>nebivolol hcl</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	
<i>diltiazem hcl</i> SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	
<i>diltiazem hcl</i> TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC

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>diltiazem hcl coated beads</i> CP24 360mg; TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	
<i>diltiazem hcl extended release beads</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>felodipine</i> TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2	GC
<i>isradipine</i> CAPS 2.5mg, 5mg	4	
<i>matzim la</i> TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	4	
<i>nicardipine hcl</i> CAPS 20mg, 30mg	4	
<i>nifedipine</i> TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	
<i>nimodipine</i> CAPS 30mg	4	
<i>nisoldipine</i> TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	4	
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	
<i>taztia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2	GC
<i>tiadylt er</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2	GC
<i>verapamil hcl</i> CP24 100mg, 120mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
<i>verapamil hcl</i> CP24 180mg, 240mg	3	
<i>verapamil hcl</i> TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
<i>verapamil hcl</i> TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
DIURÉTICOS		
<i>acetazolamide</i> CP12 500mg	4	
<i>acetazolamide</i> TABS 125mg, 250mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab</i> 5-50 mg	2	GC
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	GC
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>furosemide</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2	GC
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	1	GC
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab</i> 25-25 mg	3	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg	1	GC
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	4	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 2.5-10 mg	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
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	1	GC
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	3	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	GC
<i>CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	4	
<i>digoxin TABS 125mcg, 250mcg</i> QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>droxidopa CAPS 100mg</i> QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>droxidopa CAPS 200mg, 300mg</i> QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg</i> Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydralazine hcl SOLN 20mg/ml</i>	4	
<i>hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	2	GC
<i>metyrosine CAPS 250mg</i>	5	PA
<i>midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>midodrine hcl TABS 10mg</i>	4	
<i>minoxidil TABS 2.5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>ranolazine TB12 500mg, 1000mg</i>	4	
<i>VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	3	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	GC
<i>NITRO-BID OINT 2%</i>	3	
<i>nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg</i>	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
<i>ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambrisentan TABS 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan TABS 62.5mg, 125mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>OPSUMIT TABS 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

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>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	LA PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
ANTICONVULSIVOS		
APTOM TABS 200mg, 400mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
APTOM TABS 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4	PA
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
CELONTIN CAPS 300mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg 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
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA

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>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg; TB24 250mg, 500mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg, 300mg, 400mg QL (180 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA

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>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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>subvenite</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
SYMPAZAN FILM 5mg, 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
<i>tiagabine hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4	
<i>topiramate</i> CPSP 15mg, 25mg	3	
<i>topiramate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>valproate sodium</i> SOLN 100mg/ml	4	
<i>valproate sodium</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>valproic acid</i> CAPS 250mg	3	
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	
<i>vigabatrin</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigabatrin</i> TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigadrone</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL

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
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	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg, 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
AUVELITY TAB 45-105MG QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	3	
citalopram hydrobromide TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
doxepin hcl CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
duloxetine hcl CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
duloxetine hcl CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
escitalopram oxalate SOLN 5mg/5ml	4	

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>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	
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 10-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10- 100 mg</i>	2	GC

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>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone TABS 200mg</i>	4	
<i>KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg</i> QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
<i>NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr</i>	4	
<i>pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg</i>	2	GC
<i>pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg</i>	4	
<i>rasagiline mesylate TABS .5mg, 1mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg</i>	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg</i>	4	
<i>selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg</i>	3	
<i>trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg</i> Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
ANTIPSICÓTICOS		
<i>ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg</i> QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
<i>ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg</i> QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole SOLN 1mg/ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole TBDP 10mg, 15mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
<i>ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml</i> QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
<i>ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml</i> QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
<i>ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml</i>	5	
<i>asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **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>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
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	

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
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
thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	

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

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>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL

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

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
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
doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
tasimelteon CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
temazepam CAPS 7.5mg, 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
temazepam CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	5	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg QL (40 tabs / 28 días)	3	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	3	QL PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
pyridostigmine bromide TABS 3 60mg	3	
riluzole TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
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
fingolimod 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL		
baclofen TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	2	GC
NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA		
armodafinil TABS 50mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
modafinil TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS		
acamprosate calcium TBEC 333mg	4	
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) QL (60 films / 30 días)	4	QL

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>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER INHA 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 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack</i>	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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

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
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml, 2mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
<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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INSULIN SYRINGES: BD	3	
LANTUS SOLN 100unit/ml SI	3	
LANTUS SOLOSTAR SOPN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
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	

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
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	LA PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<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	

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
penicillamine TABS 250mg	5	
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	3	
trientine hcl CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
afirmelle	2	GC
altavera	3	
alyacen 1/35	3	
alyacen 7/7/7	3	
apri	2	GC
aranelle	3	
aubra eq	2	GC
aurovela 1/20	3	
aurovela fe 1.5/30	2	GC
aurovela fe 1/20	2	GC
aviane	2	GC
ayuna	3	
azurette	3	
balziva	3	
blisovi fe 1.5/30	2	GC
briellyn	3	
camila TABS .35mg	2	GC
chateal	3	
cryselle-28	3	
cyred eq	2	GC
dasetta 1/35	3	
dasetta 7/7/7	3	
deblitane TABS .35mg	2	GC
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	3	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	3	
elinest	3	
ELLA TABS 30mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
eluryng	4	
emoquette	2	GC
enpresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	3	
etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr	4	
falmina	2	GC
femynor	2	GC
hailey 1.5/30	3	
heather TABS .35mg	2	GC
iclevia	3	
incassia TABS .35mg	2	GC
introvale	3	
isibloom	2	GC
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	

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
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	3	
levonorgestrel-eth estrad tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	2	GC
levora 0.15/30-28	3	
lillow	3	
loestrin 1.5/30-21	3	
loestrin 1/20-21	3	
loestrin fe 1.5/30	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	3	
lutura	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 estrad-fe tab 1-20/1-30/1-35 mg-mcg	4	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	2	GC
norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	3	
norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	3	
norlyroc TABS .35mg	2	GC
nortrel 0.5/35 (28)	3	
nortrel 1/35 (21)	3	
nortrel 1/35 (28)	3	
nortrel 7/7/7	3	
nylia 1/35	3	
nylia 7/7/7	3	
nymyo	2	GC
ocella	3	
philith	3	
pimtrea	3	
pirmella 1/35	3	
portia-28	3	
reclipsen	2	GC
setlakin	3	
sharobel TABS .35mg	2	GC
simliya	3	
sprintec 28	2	GC
sronyx	2	GC
syeda	3	
tarina fe 1/20 eq	2	GC
tilia fe	4	
tri-estarylla	3	
tri-legest fe	4	
tri-lynyah	3	
tri-lo-estarylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	3	
tri-nymyo	3	
tri-sprintec	3	
tri-vylibra	3	

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>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>velivet</i>	3	
<i>vestura</i>	3	
<i>vienva</i>	2	GC
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zafemy</i>	4	
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	3	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol 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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg</i>	3	
<i>DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml</i>	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml</i>	3	
<i>fludrocortisone acetate TABS .1mg</i>	2	GC
<i>hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg</i>	3	
<i>methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg</i>	3	B/D
<i>methylprednisolone TBPK 4mg</i>	2	GC
<i>methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml</i>	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg</i>	3	B/D
<i>prednisolone SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml</i>	4	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml</i>	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate SOLN 25mg/5ml</i>	3	B/D
<i>prednisone SOLN 5mg/5ml</i>	4	B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
<i>prednisone</i> TBPk 5mg, 10mg	3	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINISQUICK 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
<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

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
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
calcium acetate (phosphate binder) CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
calcium acetate (phosphate binder) TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
sevelamer carbonate PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL
sevelamer carbonate PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
sevelamer carbonate TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
VELPHORO CHEW 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL
PROGESTINAS		
medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	3	
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	4	PA
norethindrone acetate TABS 5mg	3	
AGENTES TIROIDEOS		
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1	GC
levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1	GC
liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
methimazole TABS 5mg, 10mg	1	GC
propylthiouracil TABS 50mg	3	
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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg QL (90 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>budesonide</i> TB24 9mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	

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>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	GC
PLENVU SOL	4	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
VARIOS		
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg, 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>loperamide hcl</i> CAPS 2mg	3	
<i>misoprostol</i> TABS 100mcg, 200mcg	3	
MOVANTIK TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5	PA
<i>sucrafate</i> TABS 1gm	3	
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
XERMELO TABS 250mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
XIFAXAN TABS 550mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENZIMAS PANCREÁTICAS		
CREON CAP 3000UNIT	3	
CREON CAP 6000UNIT	3	
CREON CAP 12000UNIT	3	
CREON CAP 24000UNIT	3	
CREON CAP 36000UNIT	3	
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	
ZENPEP CAP 10000UNIT	4	
ZENPEP CAP 15000UNIT	4	
ZENPEP CAP 20000UNIT	4	
ZENPEP CAP 25000UNIT	4	
ZENPEP CAP 40000UNIT	4	
INHIBIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<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 0.5-0.4 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>finasteride</i> TABS 5mg	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>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	GC
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIO		
<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
GEMTESA TABS 75mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
MYRBETRIQ 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>trospium chloride</i> CP24 60mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>trospium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate</i> vaginal 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
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Disponibilidad Limitada
 - 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
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
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
DOPTelet TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL LA PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	3	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
DUPIXENT SOPN 200mg/1.14ml, 300mg/2ml; SOSY 100mg/0.67ml, 200mg/1.14ml, 300mg/2ml	5	PA
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	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 180mg/1.2ml, 360mg/2.4ml QL (1 cartridge / 56 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 viales / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (6 jeringas / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (6 pens / 365 días)	5	QL PA
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (480 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA

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
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml, 10%	5	LA PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D LA
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	5	QL LA PA
QL (8 jeringas / 28 días)		
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
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
<i>engraf</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

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>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	
I POL INJ INACTIVE	3	
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
MENVEO SOL	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	

**SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS
ELECTROLITOS/MINERALS,
INJECTABLE**

D2.5W/NACL INJ 0.45%	4
D5W/LYTES INJ #48	4
D10W/NACL INJ 0.2%	3
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

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>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4	
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	3	
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
<i>lactated ringer's solution</i>	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	
<i>magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%</i>	3	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	3	
POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
<i>potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	3	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	4	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	2	GC
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	2	GC
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	2	GC
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	3	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq</i>	3	
<i>potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%</i>	4	
<i>potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq</i>	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D

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
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
clinisol sf 15%	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
dextrose SOLN 5%, 10%	3	
dextrose SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
plenamine	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	5	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO		
CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
bacitracin-polymyxin- neomycin-hc ophth oint 1%	3	
neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth oint 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin- dexamethasone ophth susp 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-hc ophth susp	4	
sulfacetamide sodium- prednisolone ophth soln 10- 0.23(0.25)%	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CONTRA INFECCIONES		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	3	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	2	GC
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	2	GC
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	3	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	3	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml	3	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	GC
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1	GC
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	GC
trifluridine SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	3	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	2	GC

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
difluprednate EMUL .05%	4	
FLAREX SUSP .1%	4	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	3	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	2	GC
olopatadine hcl SOLN .1%	3	
ZERVIAE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
brimonidine tartrate SOLN .2%	1	GC
brimonidine tartrate SOLN .15%	4	
brinzolamide SUSP 1%	4	
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
dorzolamide hcl SOLN 2%	2	GC
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
latanoprost SOLN .005%	1	GC
levobunolol hcl SOLN .5%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%	4	
timolol maleate (ophth) SOLN .25%, .5%	1	GC
travoprost SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
proparacaine hcl SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
TYRVAYA SOLN .03mg/act	4	
XIIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	4	
flac OIL .01%	3	
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml- 1%	3	
ofloxacin (otic) SOLN .3%	4	

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
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
<i>sildenafil citrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
<i>tadalafil</i> TABS 10mg, 20mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhaladores / 28 días)	3	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3	QL
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02%	2	GC B/D
<i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	3	
ANTIISTAMÍNICOS		
<i>azelastine hcl</i> SOLN .1%, .15%	3	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml	2	GC
<i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>desloratadine</i> TABS 5mg	3	
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	3	
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN .6%	4	
BETA AGONISTAS		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	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>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 AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

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
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
<i>pirfenidone</i> CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>pirfenidone</i> 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
<i>roflumilast</i> 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	
<i>theophylline</i> ELIX 80mg/15ml; SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NASALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL ST
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL ST
XHANCE EXHU 93mcg/act QL (32 mL / 30 días)	4	QL PA
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
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 **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
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
amnestem 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
SULFAMYLON 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
- 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>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
<i>TAZORAC</i> 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
<i>ENSTILAR</i> AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>lidocaine-prilocaine cream</i> 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3	QL PA
DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS		
<i>azelaic acid</i> GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>bexarotene (topical)</i> GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<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	

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
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	39	
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.....	53	
ACTIMMUNE.....	52	
acyclovir.....	13	
acyclovir sodium	13	
ADACEL INJ.....	53	
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	42	
alfuzosin hcl	49	
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 30 mg.....35	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25 .....56
amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg22	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg.....35	aprepitant.....47
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg22	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg .....35	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg .....47
amnestem .....59	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg .....35	apri.....42
amoxapine .....31	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg .....35	APTIOM .....28
amoxicillin .....15	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg .....36	APTIVUS .....12
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg.15	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg .....36	ARALAST NP .....58
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....15	amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg .....35	aranelle .....42
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml.....15	amphotericin b .....11	ARCALYST.....52
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml.....15	amphotericin b liposome.11	arformoterol tartrate .....57
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml.....15	ampicillin .....15	aripiprazole .....33
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....15	ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm .....15	ARISTADA.....33
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg .....15	ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm.....15	ARISTADA INITIO .....33
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg .....15	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm .....15	armodafinil .....38
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg .....15	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm .....15	ARNUITY ELLIPTA.....59
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg.....15	ampicillin sodium .....15	asenapine maleate .....33
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg.....35	anagrelide hcl .....50	aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....50
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg.....35	anastrozole .....17	atazanavir sulfate.....12
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg.....35		atenolol .....25
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg.....35		atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg .....25
		atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg .....25
		atomoxetine hcl.....36
		atorvastatin calcium .....24
		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

<i>azathioprine</i>	52	<i>betamethasone</i>		<i>brimonidine tartrate</i>	56
<i>azelaic acid</i>	62	<i>dipropionate augmented</i>		<i>brinzolamide</i>	56
<i>azelastine hcl</i>	57	.....	61	BRIVIACT	28
<i>azelastine hcl (ophth)</i>	56	<i>betamethasone valerate</i> ..	61	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>	
<i>azithromycin</i>	14	BETASERON	37	.....	55
<i>aztreonam</i>	10	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>	56	<i>bromocriptine mesylate</i> ..	32
<i>azurette</i>	42	<i>bethanechol chloride</i>	49	BROMSITE	55
B		BETOPTIC-S	56	BRUKINSA	18
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ..	55	BEVESPI AER 9-4.8MCG		<i>budesonide</i>	47
<i>bacitracin-polymyxin b</i>		.....	57	<i>budesonide (inhalation)</i> ..	59
<i>ophth oint</i>	55	<i>bexarotene</i>	17	<i>bumetanide</i>	26
<i>bacitracin-polymyxin-</i>		<i>bexarotene (topical)</i>	62	<i>buprenorphine hcl</i>	38
<i>neomycin-hc ophth oint</i>		BEXSERO INJ	53	<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>1%</i>	55	<i>bicalutamide</i>	17	<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>	
<i>baclofen</i>	38	BICILLIN L-A	15	<i>mg (base equiv)</i>	38
BAFIERTAM	37	BIKTARVY TAB 30-120-15		<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>balsalazide disodium</i>	47	MG	12	<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>	
BALVERSA	18	BIKTARVY TAB 50-200-25		<i>mg (base equiv)</i>	38
<i>balziva</i>	42	MG	12	<i>buprenorphine hcl-</i>	
BARACLUDE	13	<i>bisoprolol &</i>		<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>	
BASAGLAR KWIKPEN ..	40	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mg (base equiv)</i>	38
BCG VACCINE	53	<i>10-6.25 mg</i>	25	<i>buprenorphine hcl-</i>	
BD ALCOHOL SWABS ..	40	<i>bisoprolol &</i>		<i>naloxone hcl sl film 8-2</i>	
BELSOMRA	36	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mg (base equiv)</i>	38
<i>benazepril &</i>		<i>2.5-6.25 mg</i>	25	<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bisoprolol &</i>		<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	21	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mg (base equiv)</i>	38
<i>benazepril &</i>		<i>5-6.25 mg</i>	25	<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bisoprolol fumarate</i>	25	<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	21	BIVIGAM	52	<i>mg (base equiv)</i>	38
<i>benazepril &</i>		<i>blisovi fe 1.5/30</i>	42	<i>bupropion hcl</i>	31
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		BOOSTRIX INJ	53	<i>bupropion hcl (smoking</i>	
<i>20-25 mg</i>	21	<i>bortezomib</i>	18	<i>deterrent)</i>	38
<i>benazepril &</i>		BORTEZOMIB	18	<i>buspirone hcl</i>	28
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>bosentan</i>	28	<i>butorphanol tartrate</i>	9
<i>5-6.25mg</i>	21	BOSULIF	18	BYDUREON BCISE	39
<i>benazepril hcl</i>	22	BRAFTOVI	18	BYETTA	39
BENDEKA	16	BREO ELLIPTA INH 100-		C	
BENLYSTA	52	25	59	<i>cabergoline</i>	45
<i>benzoyl peroxide-</i>		BREO ELLIPTA INH 200-		CABOMETYX	18
<i>erythromycin gel 5-3%</i> ..	59	25	59	<i>calcipotriene</i>	60
<i>benztropine mesylate</i>	32	BREZTRI AERO AER		<i>calcitonin (salmon) spray</i> ..	42
BERINERT	50	SPHERE	57	<i>calcitrene</i>	60
BESIVANCE	55	BREZTRI AERO AER		<i>calcitriol</i>	47
BESREMI	17	SPHERE		<i>calcium acetate (phosphate</i>	
<i>betaine powder for oral</i>		(INSTITUTIONAL PACK)		<i>binder)</i>	46
<i>solution</i>	45	.....	57	CALQUENCE	18
<i>betamethasone</i>		<i>biellyn</i>	42	<i>camila</i>	42
<i>dipropionate (topical)</i> ..	61	BRILINTA	50	<i>candesartan cilexetil</i>	24

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

CLINIMIX INJ 6/5.....54	<i>cromolyn sodium</i>	<i>desloratadine</i> .....57
CLINIMIX INJ 8/10.....54	(mastocytosis) .....48	<i>desmopressin acetate</i>.....45
CLINIMIX INJ 8/14.....54	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 56	<i>desmopressin acetate</i>
<i>clinisol sf 15%</i> .....55	<i>cryselle-28</i> .....42	<i>spray</i> .....45
CLINOLIPID EMU 20%...55	<i>cyanocobalamin</i> .....63	<i>desmopressin acetate</i>
<i>clobazam</i> .....28	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....38	<i>spray refrigerated</i> .....45
<i>clobetasol propionate</i>.....61	<i>cyclophosphamide</i> .....16	<i>desogest-eth estrad & eth</i>
<i>clobetasol propionate e</i> ...61	CYCLOPHOSPHAMIDE .16	<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>
<i>clomipramine hcl</i>.....31	CYCLOPHOSPHAMIDE	<i>mg(21/5)</i>.....42
<i>clonazepam</i> .....28	MONOHYDR.....16	<i>desogestrel & ethinyl</i>
<i>clonidine</i> .....27	<i>cycloserine</i>.....13	<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>
<i>clonidine hcl</i>.....27	<i>cyclosporine</i> .....52	<i>mcg</i> .....42
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....50	<i>cyclosporine modified (for</i>	<i>desvenlafaxine succinate</i> 31
<i>clorazepate dipotassium</i> .28	<i>microemulsion)</i> .....52	<i>dexamethasone</i> .....45
<i>clotrimazole</i> .....62	<i>cyproheptadine hcl</i>.....57	DEXAMETHASONE
<i>clotrimazole (topical)</i> .....60	<i>cyred eq</i>.....42	INTENSOL .....45
<i>clotrimazole w/</i>	CYSTADROPS .....56	<i>dexamethasone sodium</i>
<i>betamethasone cream 1-</i>	CYSTAGON.....45	<i>phosphate</i> .....45
<i>0.05%</i> .....60	CYSTARAN .....56	<i>dexamethasone sodium</i>
<i>clozapine</i> .....33, 34	<i>cytarabine</i> .....17	<i>phosphate (ophth)</i> .....55
COARTEM TAB 20-120MG	D	<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..36
.....12	D10W/NACL INJ 0.2%...53	<i>dextrose</i> .....55
<i>colchicine</i> .....8	D2.5W/NACL INJ 0.45%.53	<i>dextrose 10% w/ sodium</i>
<i>colchicine w/ probenecid</i>	D5W/LYTES INJ #48 .....53	<i>chloride 0.45%</i> .....53
<i>tab 0.5-500 mg</i> .....8	<i>dabigatran etexilate</i>	<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>
<i>colesevelam hcl</i> .....25	<i>mesylate</i>.....49	<i>chloride 0.45%</i> .....53
<i>colestipol hcl</i> .....25	<i>dalfampridine</i> .....37	<i>dextrose 5% in lactated</i>
<i>colistimethate sodium</i> ....10	DALIRESP .....58	<i>ringers</i> .....53
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	<i>danazol</i> .....44	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>
.....56	<i>dantrolene sodium</i> .....38	<i>chloride 0.2%</i> .....53
COMBIVENT AER 20-100	<i>dapsone</i>.....10	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>
.....57	DAPTACEL INJ .....53	<i>chloride 0.225%</i> .....53
COMETRIQ (60MG DOSE)	<i>daptomycin</i> .....10	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>
.....18	DAPTOMYCIN.....10	<i>chloride 0.3%</i> .....53
COMETRIQ KIT 100MG .18	<i>darifenacin hydrobromide</i>	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>
COMETRIQ KIT 140MG .18	49	<i>chloride 0.45%</i> .....53
COMPLERA TAB.....13	<i>dasetta 1/35</i>.....42	<i>dextrose 5% w/ sodium</i>
<i>compro</i>.....47	<i>dasetta 7/7/7</i> .....42	<i>chloride 0.9%</i> .....53
<i>constulose</i> .....48	DAURISMO .....18	DIACOMIT .....28
COPIKTRA .....18	<i>deblitane</i> .....42	<i>diazepam</i> .....29
CORLANOR .....27	<i>deferasirox</i>.....42	<i>diazepam (anticonvulsant)</i>
COTELLIC .....18	DELESTROGEN.....44	29
CREON CAP 12000UNT 48	DELSTRIGO TAB .....13	<i>diazepam inj</i>.....29
CREON CAP 24000UNT 48	DENG VAXIA SUS .....53	<i>diazoxide</i> .....45
CREON CAP 3000UNIT .48	DESCOVY TAB 120-15MG	<i>diclofenac potassium</i> .....8
CREON CAP 36000UNT 48	13	<i>diclofenac sodium</i> .....8
CREON CAP 6000UNIT .48	DESCOVY TAB 200/25MG	<i>diclofenac sodium (ophth)</i>
<i>cromolyn sodium</i>.....58	13	55
	<i>desipramine hcl</i>.....31	

<i>diclofenac sodium (topical)</i> .....62	<i>doxepin hcl</i> .....31	EMCYT .....17
<i>diclofenac w/ misoprostol</i> <i>tab delayed release 50-</i> <i>0.2 mg</i> .....8	<i>doxepin hcl (sleep)</i>.....36	<i>emoquette</i> .....42
<i>diclofenac w/ misoprostol</i> <i>tab delayed release 75-</i> <i>0.2 mg</i> .....8	<i>doxercalciferol</i>.....47	EMSAM .....31
<i>dicloxacillin sodium</i> .....16	<i>doxorubicin hcl</i>.....16	<i>emtricitabine</i> .....12
<i>dicyclomine hcl</i> .....47	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> 16	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> <i>100-150 mg</i> .....13
DIFICID.....15	<i>doxy 100</i> .....16	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> <i>133-200 mg</i> .....13
<i>diflunisal</i>.....8	<i>doxycycline (monohydrate)</i> .....16	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> <i>167-250 mg</i> .....13
<i>difluprednate</i> .....55	<i>doxycycline hyclate</i> .....16	<i>emtricitabine-tenofovir</i> <i>disoproxil fumarate tab</i> <i>200-300 mg</i> .....13
<i>digoxin</i> .....27	DRIZALMA SPRINKLE...31	EMTRIVA.....12
<i>dihydroergotamine</i> <i>mesylate</i>.....37	<i>dronabinol</i> .....47	EMVERM.....10
DILANTIN .....29	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.02 mg</i> 42	<i>enalapril maleate</i> .....22
DILANTIN INFATABS....29	<i>drospirenone-ethinyl</i> <i>estradiol tab 3-0.03 mg</i> 42	<i>enalapril maleate &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-25 mg</i> .....21
DILANTIN-125 .....29	DROXIA.....50	<i>enalapril maleate &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-12.5 mg</i> .....21
<i>diltiazem hcl</i> .....26	<i>droxidopa</i> .....27	ENBREL .....51
<i>diltiazem hcl coated beads</i>.....26	<i>duloxetine hcl</i>.....31	ENBREL MINI.....51
<i>diltiazem hcl extended</i> <i>release beads</i>.....26	DUPIXENT .....51	ENBREL SURECLICK...51
<i>dilt-xr</i> .....26	<i>dutasteride</i> .....49	ENDARI .....50
DIP/TET PED INJ 25-5LFU.....53	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> <i>cap 0.5-0.4 mg</i> .....49	<i>endocet tab 10-325mg</i>.....9
<i>diphenhydramine hcl</i>.....57	E	<i>endocet tab 2.5-325mg</i>.....9
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>....48	<i>e.e.s. 400</i> .....15	<i>endocet tab 5-325mg</i>.....9
<i>diphenoxylate w/ atropine</i> <i>tab 2.5-0.025 mg</i> .....48	<i>ec-naproxen</i> .....8	<i>endocet tab 7.5-325mg</i>.....9
<i>dipyridamole</i> .....50	EDARBI .....24	ENGERIX-B.....53
<i>disopyramide phosphate</i> ..24	EDARBYCLOR TAB 40- 12.5 .....22	<i>enoxaparin sodium</i> .....49
<i>disulfiram</i> .....38	EDARBYCLOR TAB 40- 25MG .....23	<i>enpresse-28</i>.....42
<i>divalproex sodium</i>.....29	EDURANT .....12	<i>enskyce</i> .....43
<i>docetaxel</i> .....18	<i>efavirenz</i> .....12	ENSTILAR AER.....61
DOCETAXEL .....18	<i>efavirenz-emtricitabine-</i> <i>tenofovir df tab 600-200-</i> <i>300 mg</i> .....13	<i>entacapone</i> .....33
<i>dofetilide</i> .....24	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 400-300-</i> <i>300 mg</i> .....13	<i>entecavir</i> .....13
<i>donepezil hydrochloride</i> ..31	<i>efavirenz-lamivudine-</i> <i>tenofovir df tab 600-300-</i> <i>300 mg</i> .....13	ENTRESTO TAB 24-26MG.....23
DOPTelet.....50	ELIGARD .....17	ENTRESTO TAB 49-51MG.....23
<i>dorzolamide hcl</i>.....56	<i>elinest</i> .....42	ENTRESTO TAB 97- 103MG .....23
<i>dorzolamide hcl-timolol</i> <i>maleate ophth soln 22.3-</i> <i>6.8 mg/ml</i> .....56	ELIQUIS .....49	<i>enulose</i> .....48
<i>dotti</i>.....44	ELIQUIS STARTER PACK.....49	EPCLUSA PAK 150-37.513
DOVATO TAB 50-300MG.....13	ELLA.....42	
<i>doxazosin mesylate</i> .....22	ELLENCE .....16	
	<i>eluryng</i> .....42	

EPCLUSA PAK 200-50MG.....13	<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i> .....43	FETZIMA CAP TITRATIO.....31
EPCLUSA TAB 200-50MG.....13	<i>etodolac</i> .....8	FIASP FLEX INJ TOUCH40
EPCLUSA TAB 400-100.13	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120- 0.015 mg/24hr</i> .....43	FIASP INJ 100/ML .....40
EPIDIOLEX.....29	<i>etoposide</i> .....18	FIASP PENFIL INJ U-100.....40
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> .....58	<i>etravirine</i> .....12	FINACEA .....62
<i>epitol</i> .....29	EULEXIN .....17	<i>finasteride</i> .....49
EPIVIR HBV .....13	<i>euthyrox</i> .....46	<i>finlimod hcl</i>.....37
<i>eplerenone</i> .....22	<i>everolimus</i> .....18	FINTEPLA.....29
EPRONTIA .....29	<i>everolimus (immunosuppressant)</i> .52	<i>flac</i> .....56
<i>ergocalciferol</i> .....63	EVOTAZ TAB 300-150 ...13	FLAREX.....55
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1-100 mg</i> .....37	<i>exemestane</i> .....17	FLEBOGAMMA DIF.....52
ERIVEDGE .....18	EXKIVITY .....18	<i>flecainide acetate</i> .....24
ERLEADA.....17	EZALLOR SPRINKLE....24	FLOVENT DISKUS .....59
<i>erlotinib hcl</i> .....18	<i>ezetimibe</i> .....25	FLOVENT HFA .....59
<i>errin</i> .....43	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg</i> .....25	<i>fluconazole</i>.....11
<i>ertapenem sodium</i> .....10	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg</i> .....25	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml</i> .....11
<i>ery</i>.....60	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg</i> .....25	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml</i> .....11
<i>ery-tab</i> .....15	<i>ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg</i> .....25	<i>flucytosine</i> .....11
ERYTHROCIN	F	<i>fludrocortisone acetate</i> ...45
LACTOBIONATE .....15	FABRAZYME .....45	<i>flunisolide (nasal)</i>.....59
<i>erythrocine stearate</i> .....15	<i>falmina</i> .....43	<i>fluocinolone acetate</i> ....61
<i>erythromycin (acne aid)</i> ..60	<i>famciclovir</i>.....13	<i>fluocinolone acetate (otic)</i> .....56
<i>erythromycin (ophth)</i>.....55	<i>famotidine</i> .....47	<i>fluocinonide</i>.....61
<i>erythromycin base</i> .....15	<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml</i>.....47	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....61
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>.....15	FANAPT .....34	<i>fluorometholone (ophth)</i> ..55
<i>erythromycin lactobionate</i>.....15	FANAPT PAK .....34	<i>fluorouracil</i> .....17
ESBRIET .....58	FARXIGA.....39	<i>fluorouracil (topical)</i> .....62
<i>escitalopram oxalate</i> .....31	FASENRA.....58	<i>fluoxetine hcl</i>.....32
<i>esomeprazole magnesium</i>.....48	FASENRA PEN .....58	<i>fluphenazine decanoate</i> ..34
<i>estarylla</i> .....43	<i>febuxostat</i> .....8	<i>fluphenazine hcl</i>.....34
<i>estradiol</i> .....44	<i>felbamate</i> .....29	<i>flurbiprofen</i>.....8
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i> 44	<i>felodipine</i> .....26	<i>flurbiprofen sodium</i> .....55
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i> ...44	<i>femynor</i>.....43	<i>fluticasone propionate</i>....61
<i>estradiol vaginal</i>.....44	<i>fenofibrate</i>.....24	<i>fluticasone propionate (nasal)</i> .....59
<i>estradiol valerate</i> .....44	<i>fenofibrate micronized</i> ...24	<i>fluvastatin sodium</i> .....24
<i>ethambutol hcl</i> .....13	<i>fentanyl</i> .....8	<i>fluvoxamine maleate</i> .....28
<i>ethosuximide</i> .....29	<i>fentanyl citrate</i> .....9	<i>folic acid</i>.....63
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i> .....43	<i>fesoterodine fumarate</i> ....49	<i>fondaparinux sodium</i> .....49
	FETZIMA .....31	<i>formoterol fumarate</i> .....57
		FORTEO.....42
		FOSAMAX + D TAB 70- 2800 .....42

FOSAMAX + D TAB 70-5600	42	gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	10	H	
fosamprenavir calcium	12	gentamicin in saline inj 1 mg/ml	10	HAEGARDA.....	50
fosinopril sodium.....	22	gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	10	hailey 1.5/30	43
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg.....	21	gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	10	halobetasol propionate ...	61
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....	21	gentamicin in saline inj 2 mg/ml	10	haloperidol	34
FOTIVDA	18	gentamicin sulfate	10	haloperidol decanoate	34
FREAMINE III INJ 10%...	55	gentamicin sulfate (ophth)	55	haloperidol lactate.....	34
fulvestrant	17	gentamicin sulfate (topical)	60	HARVONI PAK 33.75-150MG	13
furosemide	26	GENVOYA TAB	13	HARVONI PAK 45-200MG	13
furosemide inj	26	GILENYA	37	HARVONI TAB 45-200MG	13
FUZEON	12	GILOTTRIF	18	HARVONI TAB 90-400MG	13
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	44	glatiramer acetate	37	HAVRIX	53
fyavolv tab 1mg-5mcg.....	44	glatopa	37, 38	heather	43
FYCOMPA.....	29	GLEOSTINE	16	HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	49
G		glimepiride	39	HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	50
gabapentin	29	glipizide	39	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	50
galantamine hydrobromide	31	glipizide xl	39	heparin sodium (porcine) 50	
GAMASTAN INJ	52	glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg	39	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	50
GAMMAGARD LIQUID ...	52	glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg	39	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	18
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	52	glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg	39	HERCEPTIN	18
GAMMAKED.....	52	glycopyrrolate	47	HERZUMA	18
GAMMAPLEX	52	glydo	61	HETLIOZ.....	36
GAMUNEX-C.....	52	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	39	HIBERIX	53
ganciclovir sodium	13	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	39	HUMIRA.....	51
GARDASIL 9 INJ	53	GOLYTELY SOL.....	48	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....	51
gatifloxacin (ophth)	55	GRALISE	37	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	51
GATTEX	48	granisetron hcl	47	HUMIRA PEN	51
GAUZE PADS 2.....	40	griseofulvin microsize	11	HUMIRA PEN KIT PS/UV	51
gavilyte-c	48	griseofulvin ultramicrosize	11	HUMIRA PEN-CD/UC/HS START	51
gavilyte-g	48	guanfacine hcl.....	27	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S	51
GAVRETO	18	guanfacine hcl (adhd)	36	HUMIRA PEN-PS/UV STARTER	51
gemcitabine hcl.....	17	GVOKE HYOPEN 2-PACK	45	HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....	40
gemfibrozil	24	GVOKE KIT	45		
GEMTESA	49	GVOKE PFS.....	45		
generlac	48				
gengraf	52				
GENOTROPIN.....	45				
GENOTROPIN MINISQUICK	45				
gentak	55				

HUMULIN R U-500		ISOLYTE-S INJ PH 7.4...54
KWIKPEN .....40	<i>imipramine hcl</i>.....32	<i>isoniazid</i>.....13
hydralazine hcl.....27	<i>imiquimod</i> .....62	ISOPTO ATROPINE .....56
hydrochlorothiazide.....26	IMOVAX RABIES	<i>isosorbide dinitrate</i>.....27
hydrocodone bitartrate .....8	(H.D.C.V.).....53	<i>isosorbide mononitrate</i> ...27
hydrocodone-	<i>incassia</i>.....43	<i>isotretinoin</i> .....60
acetaminophen soln 7.5-	INCRELEX.....45	<i>isradipine</i> .....26
325 mg/15ml .....9	INCRUSE ELLIPTA .....57	<i>itraconazole</i> .....11
hydrocodone-	<i>indapamide</i> .....26	<i>ivermectin</i> .....10
acetaminophen tab 10-	INFANRIX INJ.....53	IXIARO INJ .....53
325 mg .....9	INFLIXIMAB.....51	J
hydrocodone-	INGREZZA .....37	JAKAFI .....19
acetaminophen tab 5-325	INGREZZA CAP 40-80MG	<i>jantoven</i> .....50
mg .....9	37	JANUMET TAB 50-1000.39
hydrocodone-	INLYTA .....19	JANUMET TAB 50-500MG
acetaminophen tab 7.5-	INQOVI TAB 35-100MG .17	39
325 mg .....9	INREBIC .....19	JANUMET XR TAB 100-
hydrocodone-ibuprofen tab	INSULIN PEN NEEDLES:	1000 .....39
7.5-200 mg .....9	BD/NOVO.....40	JANUMET XR TAB 50-
hydrocortisone .....45	INSULIN SAFETY	1000 .....39
hydrocortisone (intrarectal)	NEEDLES .....41	JANUMET XR TAB 50-
.....47	INSULIN SYRINGES: BD	500MG .....39
hydrocortisone (rectal) ....62	41	JANUVIA.....39
hydrocortisone (topical) ..61	INTELENCE.....12	JARDIANCE .....39
hydromorphone hcl .....9	INTRALIPID.....55	<i>jasmiel</i> .....43
hydroxychloroquine sulfate	INTRON A .....52	<i>javygtor</i> .....45
.....52	<i>introvale</i> .....43	JENTADUETO TAB 2.5-
hydroxyurea .....17	INVEGA HAFYERA .....34	1000 .....39
hydroxyzine hcl .....57	INVEGA SUSTENNA.....34	JENTADUETO TAB 2.5-
hydroxyzine pamoate.....57	INVEGA TRINZA .....34	500 .....39
HYSINGLA ER.....8	IPOL INJ INACTIVE.....53	JENTADUETO TAB 2.5-
I	<i>ipratropium bromide</i>.....57	850 .....39
<i>ibandronate sodium</i> .....42	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	JENTADUETO TAB XR
IBRANCE.....19	57	2.5-1000MG .....39
<i>ibu</i>.....8	<i>ipratropium-albuterol nebu</i>	JENTADUETO TAB XR 5-
<i>ibuprofen</i>.....8	<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 57	1000MG .....39
<i>icatibant acetate</i>.....50	<i>irbesartan</i>.....24	<i>jinteli</i> .....44
<i>iclevia</i>.....43	<i>irbesartan-</i>	<i>jolessa</i> .....43
ICLUSIG .....19	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>juleber</i> .....43
IDHIFA.....19	150-12.5 mg .....23	JULUCA TAB 50-25MG ..13
ILEVRO .....55	<i>irbesartan-</i>	<i>junel 1.5/30</i> .....43
<i>imatinib mesylate</i> .....19	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>junel 1/20</i> .....43
IMBRUVICA.....19	300-12.5 mg .....23	<i>junel fe 1.5/30</i> .....43
<i>imipenem-cilastatin</i>	IRESSA .....19	<i>junel fe 1/20</i> .....43
<i>intravenous for soln 250</i>	<i>irinotecan hcl</i>.....17	K
<i>mg</i> .....10	ISENTRESS .....12	KADCYLA.....19
<i>imipenem-cilastatin</i>	ISENTRESS HD .....12	KALYDECO .....58
<i>intravenous for soln 500</i>	<i>isibloom</i> .....43	KANJINTI.....19
<i>mg</i> .....10	ISOLYTE-P INJ /D5W.....53	<i>kariva</i> .....43
	ISOLYTE-S INJ.....54	

<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	<i>klor-con m10</i>	54	<i>leucovorin calcium</i>	21
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	54	<i>klor-con m15</i>	54	LEUKERAN	16
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	<i>klor-con m20</i>	54	<i>leuprolide acetate</i>	17
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	54	KORLYM	45	<i>levalbuterol hcl</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	54	<i>kurvelo</i>	43	<i>levalbuterol tartrate</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	54	KYNMOBI	33	LEVEMIR	41
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	L		LEVEMIR FLEXTOUCH	41
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	<i>labetalol hcl</i>	25	<i>levetiracetam</i>	29
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i>	54	<i>lacosamide</i>	29	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	29
KCL/D5W/NACL INJ	54	<i>lacosamide oral</i>	29	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	29
<i>kelnor 1/35</i>	43	<i>lactated ringer's solution</i>	54	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	29
<i>kelnor 1/50</i>	43	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	62	<i>levobunolol hcl</i>	56
KERENDIA	22	<i>lactulose</i>	48	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	46
KESIMPTA	38	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	48	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	57
<i>ketoconazole</i>	11	<i>lamivudine</i>	12	<i>levofloxacin</i>	15
<i>ketoconazole (topical)</i>	60	<i>lamivudine (hbv)</i>	14	<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>	15
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	55	<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	13	<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>	15
KEVZARA	51	<i>lamotrigine</i>	29	<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>	15
KEYTRUDA	19	<i>lansoprazole</i>	48	<i>levonest</i>	43
KINRIX INJ	53	LANTUS	41	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg</i>	43
KISQALI 200 DOSE	19	LANTUS SOLOSTAR	41	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	43
KISQALI 200 PAK FEMARA	17	<i>lapatinib ditosylate</i>	19	<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	43
KISQALI 400 DOSE	19	<i>larin 1.5/30</i>	43	<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>	43
KISQALI 400 PAK FEMARA	17	<i>larin 1/20</i>	43	<i>levora 0.15/30-28</i>	43
KISQALI 600 DOSE	19	<i>larin fe 1.5/30</i>	43	<i>levo-t</i>	46
KISQALI 600 PAK FEMARA	18	<i>larin fe 1/20</i>	43	<i>levothyroxine sodium</i>	46
<i>klor-con</i>	54	<i>latanoprost</i>	56	<i>levoxyl</i>	46
<i>klor-con 10</i>	54	LATUDA	34	LEXIVA	12
<i>klor-con 8</i>	54	<i>leena</i>	43	<i>lidocaine</i>	61, 62
		<i>leflunomide</i>	52	<i>lidocaine hcl</i>	62
		<i>lenalidomide</i>	17		
		LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	19		
		LENVIMA 12MG DAILY DOSE	19		
		LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	19		
		LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	19		
		LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	19		
		LENVIMA CAP 14 MG ...	19		
		LENVIMA CAP 18 MG ...	19		
		LENVIMA CAP 24 MG ...	19		
		<i>lessina</i>	43		
		<i>letrozole</i>	17		

<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....10	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....23	<i>megestrol acetate</i> .....17, 46
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....62	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>.....23	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....46
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>.....62	LOTEMAX .....56	MEKINIST.....19
<i>lillow</i>.....43	<i>lovastatin</i> .....24	MEKTOVI.....19
<i>linezolid</i>.....10	<i>low-ogestrel</i> .....43	<i>meloxicam</i>.....8
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml- 0.9%</i>.....10	<i>loxapine succinate</i> .....34	<i>memantine hcl</i> .....31
LINZESS.....48	LUMAKRAS.....19	MENACTRA INJ .....53
<i>liothyronine sodium</i>.....46	LUMIGAN .....56	MENQUADFI INJ.....53
<i>lisinopril</i>.....22	LUMIZYME .....46	MENVEO INJ.....53
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....21	LUPRON DEPOT (1- MONTH).....17	MENVEO SOL .....53
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....21	LUPRON DEPOT (3- MONTH).....17	<i>mercaptopurine</i>.....17
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....21	LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH).....46	<i>meropenem</i>.....10
<i>lithium carbonate</i> .....37	LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH).....46	<i>mesalamine</i> .....47, 48
LIVALO .....24	<i>luteal</i>.....43	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .48
<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....43	<i>lyleq</i> .....43	MESNEX.....21
<i>loestrin 1/20-21</i>.....43	<i>lyllana</i> .....44	<i>metadate er</i>.....36
<i>loestrin fe 1.5/30</i>.....43	LYNPARZA.....19	<i>metformin hcl</i> .....39
<i>loestrin fe 1/20</i>.....43	LYSODREN.....17	<i>methadone hcl</i> .....8
LOKELMA.....42	<i>lyza</i> .....43	<i>methadone hydrochloride</i> i8
LONSURF TAB 15-6.14 .17	M	<i>methazolamide</i> .....26
LONSURF TAB 20-8.19 .17	<i>magnesium sulfate</i>.....54	<i>methenamine hippurate</i> ..10
<i>loperamide hcl</i> .....48	MAGNESIUM SULFATE 54	<i>methimazole</i> .....46
<i>lopinavir-ritonavir soln 400- 100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....13	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....54	<i>methotrexate sodium</i> 17, 52
<i>lopinavir-ritonavir tab 100- 25 mg</i>.....13	<i>malathion</i> .....62	<i>methylphenidate hcl</i>.....36
<i>lopinavir-ritonavir tab 200- 50 mg</i>.....13	<i>maraviroc</i>.....12	<i>methylprednisolone</i>.....45
<i>lorazepam</i>.....28	<i>marlissa</i> .....43	<i>methylprednisolone acetate</i>.....45
<i>lorazepam intensol</i>.....28	MARPLAN .....32	<i>methylprednisolone sod succ</i>.....45
LORBRENA.....19	MATULANE .....18	<i>metoclopramide hcl</i>.....47
<i>loryna</i>.....43	<i>matzim la</i> .....26	<i>metolazone</i> .....26
<i>losartan potassium</i>.....24	MAVYRET PAK 50-20MG.....14	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....25
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>.....23	MAVYRET TAB 100-40MG.....14	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>.....25
	<i>meclizine hcl</i> .....47	<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>.....25
	<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....46	<i>metoprolol succinate</i> .....25
	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> 43	<i>metoprolol tartrate</i>.....25
	<i>mefloquine hcl</i>.....12	<i>metronidazole</i> .....10
		<i>metronidazole (topical)</i> ...62
		<i>metronidazole vaginal</i>.....49
		<i>metyrosine</i> .....27
		MG SO4/D5W INJ 10MG/ML .....54

<i>micafungin sodium</i>.....11	NAMZARIC CAP 21-10MG.....31	<i>nilutamide</i> .....17
<i>microgestin 1.5/30</i> .....43	31	<i>nimodipine</i> .....26
<i>microgestin 1/20</i> .....43	NAMZARIC CAP 28-10MG.....31	NINLARO.....19
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....43	31	<i>nisoldipine</i>.....26
<i>microgestin fe 1/20</i> .....43	NAMZARIC CAP 7-10MG.....31	<i>nitazoxanide</i>.....11
<i>midodrine hcl</i> .....27	31	<i>nitisinone</i> .....46
<i>miglustat</i> .....46	NAMZARIC CAP PACK..31	NITRO-BID .....27
<i>mili</i> .....43	<i>naproxen</i>.....8	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>.....11
<i>mimvey</i> .....44	<i>naproxen sodium</i> .....8	<i>nitrofurantoin monohyd</i> <i>macro</i> .....11
<i>minocycline hcl</i> .....16	<i>naratriptan hcl</i>.....37	<i>nitroglycerin</i> .....27
<i>minoxidil</i>.....27	NATACYN .....55	<i>nizatidine</i> .....47
<i>mirtazapine</i> .....32	<i>nateglinide</i> .....39	<i>nora-be</i> .....43
<i>misoprostol</i> .....48	NATPARA.....42	<i>norethindrone</i> <i>(contraceptive)</i> .....43
MITIGARE .....8	NAYZILAM.....29	<i>norethindrone ace & ethinyl</i> <i>estradiol tab 1 mg-20</i> <i>mcg</i> .....43
M-M-R II INJ .....53	<i>nebivolol hcl</i>.....25	<i>norethindrone ace & ethinyl</i> <i>estradiol tab 1.5 mg-30</i> <i>mcg</i> .....43
M-NATAL PLUS TAB.....54	<i>necon 0.5/35-28</i>.....43	<i>norethindrone ace & ethinyl</i> <i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i> <i>mcg</i> .....43
<i>modafinil</i> .....38	<i>nefazodone hcl</i> .....32	<i>norethindrone acetate</i> ....46
<i>moexipril hcl</i>.....22	<i>neomycin sulfate</i> .....11	<i>norethindrone acetate-</i> <i>ethinyl estradiol tab 0.5</i> <i>mg-2.5 mcg</i> .....45
<i>molindone hcl</i> .....34	<i>neomycin-bacitrac zn-</i> <i>polymyx 5(3.5)mg-</i> <i>400unt-10000unt op oin</i> .....55	<i>norethindrone acetate-</i> <i>ethinyl estradiol tab 1</i> <i>mg-5 mcg</i> .....45
<i>mometasone furoate</i> .....61	<i>neomycin-polymy-gramicid</i> <i>op sol 1.75-10000-</i> <i>0.025mg-unt-mg/ml</i> ....55	<i>norethindrone ac-ethinyl</i> <i>estrad-fe tab 1-20/1-30/1-</i> <i>35 mg-mcg</i> .....43
<i>(nasal)</i> .....59	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>oint 0.1%</i> .....55	<i>norgestimate & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.25 mg-35</i> <i>mcg</i> .....43
MONJUVI .....19	<i>neomycin-polymyxin-</i> <i>dexamethasone ophth</i> <i>susp 0.1%</i> .....55	<i>norgestimate-eth estrad tab</i> <i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i> <i>mg-mcg</i> .....43
<i>mono-lynyah</i> .....43	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> <i>ophth susp</i>.....55	<i>norgestimate-eth estrad tab</i> <i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i> <i>mg-mcg</i> .....44
<i>montelukast sodium</i>.....58	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>soln 1%</i> .....56	NORITATE.....62
<i>morphine sulfate</i> .....8, 9	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i> <i>susp 3.5 mg/ml-10000</i> <i>unit/ml-1%</i> .....56	<i>norlyroc</i> .....44
MORPHINE SULFATE .....9	NERLYNX.....19	NORPACE CR.....24
MORPHINE SULFATE/SODIUM C...9	NEUPRO .....33	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....44
MOVANTIK.....48	<i>nevirapine</i> .....12	<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....44
<i>moxifloxacin hcl</i> .....15	NEXAVAR .....19	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..55	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> .....25	
MULTAQ.....24	<i>nicardipine hcl</i>.....26	
<i>mupirocin</i> .....60	NICOTROL INHALER.....38	
MVASI .....19	NICOTROL NS .....38	
<i>mycophenolate mofetil</i> ...52	<i>nifedipine</i> .....26	
<i>mycophenolate sodium</i> ...52	<i>nikki</i> .....43	
<i>myorisan</i> .....60		
MYRBETRIQ .....49		
N		
<i>nabumetone</i>.....8		
<i>nadolol</i> .....25		
<i>nafticillin sodium</i> .....16		
NAGLAZYME .....46		
<i>nalbuphine hcl</i> .....9		
<i>naloxone hcl</i> .....38		
<i>naltrexone hcl</i> .....38		
NAMZARIC CAP 14-10MG .....31		

<i>nortrel 1/35 (28)</i>	44	<i>olmesartan medoxomil-</i>		ORKAMBI GRA 75-94MG	
<i>nortrel 7/7/7</i>	44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		.....	58
<i>nortriptyline hcl</i>	32	<i>20-12.5 mg</i>	23	ORKAMBI TAB 100-125	58
NORVIR.....	12	<i>olmesartan medoxomil-</i>		ORKAMBI TAB 200-125	58
NOVOLIN INJ 70/30	41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>oseltamivir phosphate</i>	14
NOVOLIN INJ 70/30 FP..	41	<i>40-12.5 mg</i>	23	OTEZLA.....	51
NOVOLIN N.....	41	<i>olmesartan medoxomil-</i>		OTEZLA TAB 10/20/30...	51
NOVOLIN N FLEXPEN...	41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>oxacillin sodium</i>	16
NOVOLIN R.....	41	<i>40-25 mg</i>	23	<i>oxaliplatin</i>	16
NOVOLIN R FLEXPEN...	41	<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>oxandrolone</i>	38
NOVOLOG	41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>oxaprozin</i>	8
NOVOLOG FLEXPEN	41	<i>20-5-12.5 mg</i>	23	<i>oxcarbazepine</i>	29
NOVOLOG MIX INJ 70/30		<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>oxybutynin chloride</i>	49
.....	41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>oxycodone hcl</i>	9
NOVOLOG MIX INJ		<i>40-10-12.5 mg</i>	23	<i>oxycodone w/</i>	
FLEXPEN.....	41	<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>acetaminophen tab 10-</i>	
NOVOLOG PENFILL	41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>325 mg</i>	10
NOXAFIL	11	<i>40-10-25 mg</i>	23	<i>oxycodone w/</i>	
NUBEQA	17	<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>acetaminophen tab 2.5-</i>	
NUDEXTA CAP 20-10MG		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>325 mg</i>	9
.....	37	<i>40-5-12.5 mg</i>	23	<i>oxycodone w/</i>	
NULOJIX	52	<i>olmesartan-amlodipine-</i>		<i>acetaminophen tab 5-325</i>	
NUPLAZID.....	34	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mg</i>	10
NURTEC.....	37	<i>40-5-25 mg</i>	23	<i>oxycodone w/</i>	
NUTRILIPID.....	55	<i>olopatadine hcl</i>	56	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	
NUZYRA.....	16	<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	57	<i>325 mg</i>	10
<i>nyamyc</i>	60	<i>omeprazole</i>	48	OZEMPIC (0.25 OR	
<i>nylia 1/35</i>	44	OMNARIS.....	59	0.5MG/DOSE)	40
<i>nylia 7/7/7</i>	44	OMNIPOD 5 G6 KIT		OZEMPIC (1MG/DOSE) .	40
NYMALIZE.....	26	INTRO	41	OZEMPIC (2MG/DOSE)	
<i>nymyo</i>	44	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS		SOPN 8MG/3ML	40
<i>nystatin</i>	11	.....	41	P	
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	62	OMNIPOD DASH KIT		<i>pacerone</i>	24
<i>nystatin (topical)</i>	60	INTRO	41	<i>paclitaxel</i>	18
<i>nystop</i>	60	OMNIPOD DASH MIS		<i>paclitaxel protein-bound</i>	
O		PODS.....	41	<i>particles for iv susp 100</i>	
<i>ocella</i>	44	OMNIPOD MIS CLASSIC		<i>mg</i>	18
OCTAGAM	52	.....	41	<i>paliperidone</i>	34
<i>octreotide acetate</i>	46	OMNIPOD PDM KIT		<i>pamidronate disodium</i>	42
ODEFSEY TAB.....	13	CLASSIC.....	41	PAMIDRONATE	
ODOMZO	20	<i>ondansetron</i>	47	DISODIUM	42
OFEV	58	<i>ondansetron hcl</i>	47	PANRETIN.....	62
<i>ofloxacin (ophth)</i>	55	ONTRUZANT.....	20	<i>pantoprazole sodium</i>	48
<i>ofloxacin (otic)</i>	56	ONUREG.....	17	PANZYGA.....	52
OGIVRI	20	OPSUMIT	28	<i>paraplatin</i>	16
OGIVRI INJ 420MG	20	ORGOVYX	17	<i>paricalcitol</i>	47
<i>olanzapine</i>	34	ORKAMBI GRA 100-125	58	<i>paromomycin sulfate</i>	11
<i>olmesartan medoxomil</i>	24	ORKAMBI GRA 150-188	58	<i>paroxetine hcl</i>	32
				PEDIARIX INJ 0.5ML.....	53

PEDVAX HIB	53	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>na for inj 3.375 gm (3-</i> <i>0.375 gm)</i>	16	<i>potassium chloride</i> <i>microencapsulated</i> <i>crystals er</i>	54
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-</i> <i>nacl-na sulfate for soln</i> <i>236 gm</i>	48	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-</i> <i>1.5 gm)</i>	16	<i>potassium citrate</i> <i>(alkalinizer)</i>	49
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-</i> <i>nacl for soln 420 gm</i>	48	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 2.25 gm (2-</i> <i>0.25 gm)</i>	16	PRADAXA	50
PEGASYS	14	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i> <i>gm)</i>	16	PRALUENT	25
PEMAZYRE	20	<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-</i> <i>4.5 gm)</i>	16	<i>pramipexole</i> <i>dihydrochloride</i>	33
pemetrexed disodium	17	PIQRAY 200MG DAILY DOSE	20	<i>prasugrel hcl</i>	50
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	16	PIQRAY 250MG TAB DOSE	20	<i>pravastatin sodium</i>	24
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	16	PIQRAY 300MG DAILY DOSE	20	<i>praziquantel</i>	11
<i>penicillamine</i>	42	<i>pirfenidone</i>	58	<i>prazosin hcl</i>	22
<i>penicillin g potassium</i>	16	<i>pirmella 1/35</i>	44	<i>prednisolone</i>	45
PENICILLIN G PROCAINE	16	<i>piroxicam</i>	8	<i>prednisolone acetate</i> <i>(ophth)</i>	56
<i>penicillin g sodium</i>	16	PLASMA-LYTE INJ -148 54		PREDNISOLONE SODIUM PHOSP	56
<i>penicillin v potassium</i>	16	PLASMA-LYTE INJ -A ...	54	<i>prednisolone sodium</i> <i>phosphate</i>	45
PENTACEL INJ	53	<i>plenamine</i>	55	<i>prednisone</i>	45
<i>pentamidine isethionate inh</i> <i>.....</i>	11	PLENVU SOL	48	PREDNISONE INTENSOL	45
<i>pentamidine isethionate inj</i> <i>.....</i>	11	<i>podofilox</i>	62	<i>pregabalin</i>	30
<i>pentoxifylline</i>	50	<i>polymyxin b-trimethoprim</i> <i>ophth soln 10000 unit/ml-</i> <i>0.1%</i>	55	PREHEVBRIO	53
<i>perindopril erbumine</i>	22	POMALYST	17	PREMASOL SOL 10% ...	55
<i>periogard</i>	62	<i>portia-28</i>	44	PRENATAL TAB 27-1MG	54
<i>permethrin</i>	62	<i>posaconazole</i>	11	PRENATAL TAB PLUS ..	54
<i>perphenazine</i>	34	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.45% INJ	54	<i>prevalite</i>	25
PERSERIS	34	POT CHL 20MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	54	PREVYMIS	14
<i>pfizerpen</i>	16	POT CHL 40MEQ/L IN NACL 0.9% INJ	54	PREZCOBIX TAB 800-150	13
<i>phenelzine sulfate</i>	32	<i>potassium chloride</i>	54	PREZISTA	12
<i>phenobarbital</i>	29, 30	POTASSIUM CHLORIDE	54	PRIFTIN	13
<i>phenobarbital sodium</i>	30	<i>potassium chloride 20</i> <i>meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% inj</i>	54	<i>primaquine phosphate</i>	12
PHENYTEK	30			PRIMAQUINE PHOSPHATE	12
<i>phenytoin</i>	30			<i>primidone</i>	30
<i>phenytoin sodium</i>	30			PRIORIX INJ	53
<i>phenytoin sodium extended</i> <i>.....</i>	30			PRIVIGEN	52
PHESGO SOL	20			<i>probenecid</i>	8
<i>philith</i>	44			PROCALAMINE INJ 3% .	55
<i>phytonadione</i>	63			<i>prochlorperazine</i>	47
PIFELTRO	12			<i>prochlorperazine edisylate</i> <i>.....</i>	47
<i>pilocarpine hcl</i>	56			<i>prochlorperazine maleate</i> <i>.....</i>	47
<i>pilocarpine hcl (oral)</i>	63			PROCRIT	50
<i>pimozide</i>	34				
<i>pimtrea</i>	44				
<i>pindolol</i>	25				
<i>pioglitazone hcl</i>	40				

<i>procto-med hc</i>.....62	RECOMBIVAX HB.....53	SAVELLA MIS TITR PAK.....37
<i>procto-pak</i>.....62	RECTIV .....62	SCEMBLIX.....20
<i>proctosol hc</i> .....62	REGRANEX.....62	<i>scopolamine</i>.....47
<i>proctozone-hc</i>.....62	RELENZA DISKHALER..14	SECUADO .....35
PROGRAF .....52	RELISTOR.....48	<i>selegiline hcl</i> .....33
PROLASTIN-C.....58	REMICADE.....51	<i>selenium sulfide</i> .....60
PROLENSA.....56	RENFLEXIS.....51	SELZENTRY.....12
PROLIA .....42	<i>repaglinide</i> .....40	SEREVENT DISKUS .....58
PROMACTA .....50	RESTASIS.....56	<i>sertraline hcl</i> .....32
<i>promethazine hcl</i> .....47	RESTASIS MULTIDOSE 56	<i>setlakin</i> .....44
<i>propafenone hcl</i>.....24	RETEVMO.....20	<i>sevelamer carbonate</i> .....46
<i>proparacaine hcl</i> .....56	REVLIMID.....17	<i>sharobel</i>.....44
<i>propranolol hcl</i> .....26	REXULTI .....34	SHINGRIX .....53
<i>propylthiouracil</i> .....46	REYATAZ.....12	SIGNIFOR .....46
PROQUAD INJ .....53	REZUROCK.....52	<i>sildenafil citrate</i> .....56
PROSOL INJ 20% .....55	RHOPRESSA .....56	<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> .....28
<i>protriptyline hcl</i> .....32	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>.....14	<i>silodosin</i>.....49
PULMICORT FLEXHALER.....59	<i>rifabutin</i> .....13	<i>silver sulfadiazine</i> .....60
PULMOZYME.....58	<i>rifampin</i> .....13	SIMBRINZA SUS 1-0.2%56
PURIXAN.....17	<i>riluzole</i> .....37	<i>simliya</i>.....44
<i>pyrazinamide</i> .....13	<i>rimantadine hydrochloride</i> .....14	<i>simvastatin</i>.....25
<i>pyridostigmine bromide</i> ...37	RINVOQ .....51	<i>sirolimus</i> .....52, 53
Q	<i>risedronate sodium</i> .....42	SIRTURO.....13
QINLOCK .....20	RISPERDAL CONSTA ...34	SIVEXTRO.....11
QUADRACEL INJ.....53	<i>risperidone</i> .....35	SKYRIZI.....51
QUADRACEL INJ 0.5ML 53	<i>ritonavir</i> .....12	SKYRIZI PEN .....51
<i>quetiapine fumarate</i> .....34	<i>rivastigmine</i> .....31	<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> .....48
<i>quinapril hcl</i> .....22	<i>rivastigmine tartrate</i> .....31	<i>sodium chloride</i>.....54
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....22	<i>rizatriptan benzoate</i> .....37	<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....62
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....22	<i>roflumilast</i> .....58	<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> ..54
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....22	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..33	<i>sodium phenylbutyrate</i>....46
<i>quinidine sulfate</i>.....24	<i>rosuvastatin calcium</i> .....25	<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....42
<i>quinine sulfate</i> .....12	ROTARIX SUS .....53	<i>solifenacin succinate</i>.....49
R	ROTATEQ SOL .....53	SOLIQUA INJ 100/33 ....41
RABAVERT INJ.....53	<i>roweepra</i>.....30	SOLTAMOX.....17
<i>rabeprazole sodium</i> .....49	ROZLYTREK .....20	SOLU-CORTEF .....45
<i>raloxifene hcl</i> .....46	RUBRACA .....20	SOMATULINE DEPOT ..46
<i>ramipril</i>.....22	<i>rufinamide</i> .....30	SOMAVERT.....46
<i>ranolazine</i> .....27	RUKOBIA .....12	<i>sorafenib tosylate</i>.....20
<i>rasagiline mesylate</i> .....33	RYBELSUS .....40	<i>sorine</i> .....24
RAYALDEE .....47	RYDAPT .....20	<i>sotalol hcl</i>.....24
<i>reclipsen</i> .....44	S	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....24
	<i>sajazir</i> .....50	
	SANDIMMUNE .....52	
	SANTYL.....62	
	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....46	
	SAVELLA.....37	

<i>spironolactone</i>	22	SYMDEKO TAB 100-15058		<i>telmisartan</i>	24
<i>spironolactone &</i>		SYMDEKO TAB 50-75MG		<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		.....	58	40-10 mg	23
25-25 mg	26	SYMJEPI	58	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>sprintec 28</i>	44	SYMPAZAN	30	40-5 mg	23
SPRITAM	30	SYMTUZA TAB	13	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
SPRYCEL	20	SYNAREL	44	80-10 mg	23
<i>sps</i>	42	SYNERCID INJ 500MG ..	11	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>sronyx</i>	44	SYNJARDY TAB 12.5-		80-5 mg	23
<i>ssd</i>	60	1000MG	40	<i>telmisartan-</i>	
<i>stavudine</i>	12	SYNJARDY TAB 12.5-500		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
STIVARGA	20	.....	40	40-12.5 mg	23
<i>streptomycin sulfate</i>	11	SYNJARDY TAB 5-		<i>telmisartan-</i>	
STRIBILD TAB	13	1000MG	40	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>subvenite</i>	30	SYNJARDY TAB 5-500MG		80-12.5 mg	23
<i>sucralfate</i>	48	.....	40	<i>telmisartan-</i>	
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYNJARDY XR TAB 10-		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
(<i>acne</i>)	60	1000	40	80-25 mg	23
<i>sulfacetamide sodium</i>		SYNJARDY XR TAB 12.5-		<i>temazepam</i>	36
(<i>ophth</i>)	55	1000MG	40	TENIVAC INJ 5-2LF	53
<i>sulfacetamide sodium-</i>		SYNJARDY XR TAB 25-		<i>tenofovir disoproxil</i>	
<i>prednisolone ophth soln</i>		1000	40	<i>fumarate</i>	12
10-0.23(0.25)%	55	SYNJARDY XR TAB 5-		TEPMETKO	20
<i>sulfadiazine</i>	11	1000MG	40	<i>terazosin hcl</i>	22
<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNRIBO	18	<i>terbinafine hcl</i>	11
<i>trimethoprim iv soln 400-</i>		SYNTHROID	47	<i>terbutaline sulfate</i>	58
80 mg/5ml	11	T		<i>terconazole vaginal</i>	49
<i>sulfamethoxazole-</i>		TABLOID	17	TERIPARATIDE	42
<i>trimethoprim susp 200-40</i>		TABRECTA	20	<i>testosterone</i>	38
mg/5ml	11	<i>tacrolimus</i>	53	<i>testosterone cypionate</i>	38
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tacrolimus (topical)</i>	62	<i>testosterone enanthate</i>	38
<i>trimethoprim tab 400-80</i>		<i>tadalafil</i>	56	<i>tetrabenazine</i>	37
mg	11	TAFINLAR	20	<i>tetracycline hcl</i>	16
<i>sulfamethoxazole-</i>		TAGRISSO	20	THALOMID	17
<i>trimethoprim tab 800-160</i>		TALTZ	51	THEO-24	58
mg	11	TALZENNA	20	<i>theophylline</i>	58
SULFAMYLON	60	<i>tamoxifen citrate</i>	17	<i>thioridazine hcl</i>	35
<i>sulfasalazine</i>	48	<i>tamsulosin hcl</i>	49	<i>thiothixene</i>	35
<i>sulindac</i>	8	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	44	<i>tiadylt er</i>	26
<i>sumatriptan</i>	37	TASIGNA	20	<i>tiagabine hcl</i>	30
<i>sumatriptan succinate</i>	37	<i>tasimelteon</i>	36	TIBSOVO	20
<i>sunitinib malate</i>	20	<i>tazarotene</i>	60	TICOVAC	53
SUPREP BOWEL SOL		<i>tazicef</i>	14	<i>tigecycline</i>	16
PREP KIT	48	TAZORAC	60	TIGECYCLINE	16
<i>syeda</i>	44	<i>taztia xt</i>	26	<i>tilia fe</i>	44
SYMBICORT AER 160-4.5		TAZVERIK	20	<i>timolol maleate</i>	26
.....	59	TDVAX INJ 2-2 LF	53	<i>timolol maleate (ophth)</i>	56
SYMBICORT AER 80-4.5		TECENTRIQ	20	<i>tinidazole</i>	11
.....	59	TEFLARO	14	TIVICAY	12

TIVICAY PD.....12	<i>triamterene &</i>	TRUMENBA INJ .....53
<i>tizanidine hcl</i>.....38	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	TRUSELTIQ 100 MG
TOBRADEX OIN 0.3-0.1% .....55	37.5-25 mg .....27	DAILY DOSE.....20
TOBRADEX ST SUS 0.3- 0.05 .....55	<i>triamterene &</i>	TRUSELTIQ 125 MG
<i>tobramycin</i> .....11	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	DAILY DOSE.....20
<i>tobramycin (ophth)</i>.....55	75-50 mg .....27	TRUSELTIQ 50 MG DAILY
<i>tobramycin sulfate</i>.....11	TRICARE TAB PRENATAL	DOSE .....20
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	54	TRUSELTIQ 75 MG DAILY
<i>ophth susp 0.3-0.1% ...55</i>	<i>trientine hcl</i> .....42	DOSE .....20
<i>tolterodine tartrate</i>.....49	<i>tri-estarylla</i> .....44	TRUXIMA.....20
<i>topiramate</i>.....30	<i>trifluoperazine hcl</i>.....35	TUKYSA .....20
<i>toposar</i>.....18	<i>trifluridine</i> .....55	TURALIO .....20
<i>toremifene citrate</i> .....17	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....33	TWINRIX INJ .....53
<i>torsemide</i> .....27	TRIJARDY XR TAB ER	TYBOST .....12
TOUJEO MAX SOLOSTAR	24HR 10-5-1000MG ....40	TYPHIM VI.....53
.....41	TRIJARDY XR TAB ER	TYRVAYA.....56
TOUJEO SOLOSTAR.....41	24HR 12.5-2.5-1000MG	U
TPN ELECTROL INJ .....54	40	<i>unithroid</i> .....47
TRADJENTA .....40	TRIJARDY XR TAB ER	<i>ursodiol</i> .....48
<i>tramadol hcl</i> .....10	24HR 25-5-1000MG ....40	V
<i>tramadol-acetaminophen</i>	TRIJARDY XR TAB ER	<i>valacyclovir hcl</i>.....14
<i>tab 37.5-325 mg</i> .....10	24HR 5-2.5-1000MG ...40	VALCHLOR .....62
<i>trandolapril</i> .....22	TRIKAFTA TAB 100-50-	<i>valganciclovir hcl</i>.....14
<i>tranexamic acid</i>.....50	75MG & 150MG .....59	<i>valproate sodium</i> .....30
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...32	TRIKAFTA TAB 50-25-	<i>valproic acid</i>.....30
TRAVASOL INJ 10% .....55	37.5MG & 75MG .....58	<i>valsartan</i> .....24
<i>travoprost</i>.....56	<i>tri-legest fe</i> .....44	<i>valsartan-</i>
TRAZIMERA.....20	<i>tri-lynyah</i> .....44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>trazodone hcl</i> .....32	<i>tri-lo-estarylla</i> .....44	160-12.5 mg .....23
TRECATOR.....13	<i>tri-lo-marzia</i>.....44	<i>valsartan-</i>
TRELEGY AER ELLIPTA	<i>tri-lo-mili</i> .....44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
100-62.5-25 MCG .....57	<i>tri-lo-sprintec</i> .....44	160-25 mg .....23
TRELEGY AER ELLIPTA	<i>trimethoprim</i>.....11	<i>valsartan-</i>
200-62.5-25 MCG .....57	TRIMETHOPRIM .....11	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>treprostinil</i> .....28	<i>tri-mili</i> .....44	320-12.5 mg .....23
TRESIBA .....41	<i>trimipramine maleate</i> .....32	<i>valsartan-</i>
TRESIBA FLEXTOUCH..41	TRINTELLIX .....32	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>tretinoin</i> .....60	<i>tri-nymyo</i> .....44	320-25 mg .....23
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .18	<i>tri-sprintec</i> .....44	<i>valsartan-</i>
TREXALL.....52	TRIUMEQ PD TAB .....13	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>triamcinolone acetonide</i>	TRIUMEQ TAB .....13	80-12.5 mg .....23
(mouth).....63	<i>trivora-28</i> .....44	VALTOCO.....30
<i>triamcinolone acetonide</i>	<i>tri-vylibra</i> .....44	<i>vancomycin hcl</i> .....11
(topical) .....61	<i>tri-vylibra lo</i> .....44	VANCOMYCIN INJ 1 GM11
<i>triamterene &</i>	TRIZIVIR TAB.....13	VANCOMYCIN INJ 500MG
<i>hydrochlorothiazide cap</i>	TROGARZO .....12	11
37.5-25 mg .....27	TROPHAMINE INJ 10% .55	VANCOMYCIN INJ 750MG
	<i>trospium chloride</i> .....49	11
	TRULICITY .....40	VAQTA .....53

<i>varenicline tartrate</i>	38	<i>vylibra</i>	44	XPOVIO 60 MG ONCE	
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i>		VYVANSE	36	WEEKLY	21
0.5 mg & 42 x 1 mg start		VYZULTA	56	XPOVIO 60 MG TWICE	
pack	38	W		WEEKLY	21
VARIVAX	53	<i>warfarin sodium</i>	50	XPOVIO 80 MG ONCE	
VASCEPA	25	<i>water for irrigation, sterile</i>		WEEKLY	21
<i>velivet</i>	44	<i>irrigation soln</i>	62	XPOVIO 80 MG TWICE	
VELPHORO	46	WELIREG	18	WEEKLY	21
VELTASSA	42	<i>wera</i>	44	XTANDI	17
VEMLIDY	14	X		<i>xulane</i>	44
VENCLEXTA	20	XALKORI	20	XULTOPHY INJ 100/3.6	41
VENCLEXTA TAB START		XARELTO	50	XYREM	38
PK	20	XARELTO STAR TAB		Y	
<i>venlafaxine hcl</i>	32	15/20MG	50	YF-VAX INJ	53
VENTAVIS	28	XATMEP	52	<i>yuvaferm</i>	45
VENTOLIN HFA	58	XCOPRI	30	Z	
VENTOLIN HFA		XCOPRI PAK 100-150...	30	<i>zafemy</i>	44
(INSTITUTIONAL PACK)		XCOPRI PAK 12.5-25....	30	<i>zafirlukast</i>	58
.....	58	XCOPRI PAK 150-200MG		ZARXIO	50
<i>verapamil hcl</i>	26	(MAINTENANCE).....	30	ZEJULA	21
VERQUVO	27	XCOPRI PAK 150-200MG		ZELBORAF	21
VERSACLOZ	35	(TITRATION).....	30	ZEMAIRA	59
VERZENIO	20	XCOPRI PAK 50-100MG	30	<i>zenatane</i>	60
<i>vestura</i>	44	XELJANZ	51	ZENPEP CAP 10000UNT	
V-GO 20 KIT	41	XELJANZ XR	51	.....	48
V-GO 30 KIT	41	XERMELO	48	ZENPEP CAP 15000UNT	
V-GO 40 KIT	41	XGEVA	42	.....	48
VICTOZA	40	XHANCE	59	ZENPEP CAP 20000UNT	
<i>vienna</i>	44	XIFAXAN	48	.....	48
<i>vigabatrin</i>	30	XIGDUO XR TAB 10-1000		ZENPEP CAP 25000UNT	
<i>vigadrone</i>	30	.....	40	.....	48
VIIBRYD KIT STARTER	32	XIGDUO XR TAB 10-		ZENPEP CAP 3000UNIT	48
<i>vilazodone hcl</i>	32	500MG	40	ZENPEP CAP 40000UNT	
VIMPAT	30	XIGDUO XR TAB 2.5-1000		.....	48
<i>vincristine sulfate</i>	18	.....	40	ZENPEP CAP 5000UNIT	48
<i>vinorelbine tartrate</i>	18	XIGDUO XR TAB 5-		ZERVIAE	56
<i>viorele</i>	44	1000MG	40	<i>zidovudine</i>	12
VIRACEPT	12	XIGDUO XR TAB 5-500MG		ZIEXTENZO	50
VIREAD	12	.....	40	<i>ziprasidone hcl</i>	35
VITRAKVI	20	XIIDRA	56	<i>ziprasidone mesylate</i>	35
VIVITROL	38	XOLAIR	59	ZIRABEV	21
VIZIMPRO	20	XOSPATA	20	ZIRGAN	55
VONJO	20	XPOVIO 100 MG ONCE		<i>zoledronic acid</i>	42
<i>voriconazole</i>	11	WEEKLY	21	ZOLINZA	21
VOSEVI TAB	14	XPOVIO 40 MG ONCE		<i>zolmitriptan</i>	37
VOTRIENT	20	WEEKLY	21	<i>zolpidem tartrate</i>	36
VRAYLAR	35	XPOVIO 40 MG TWICE		ZONISADE	31
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	35	WEEKLY	21	<i>zonisamide</i>	31
<i>vyfemla</i>	44			<i>zovia 1/35</i>	44

ZTALMY31
zumandimine44
ZYCLARA PUMP62

ZYDELIG21
ZYKADIA21
ZYLET SUS 0.5-0.3%.....55

ZYPITAMAG25
ZYPREXA RELPREVV ...35

Este formulario resumido se actualizó el 03/01/2023. Para obtener información más reciente o respuestas a sus preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711), los 7 días a la semana y las 24 horas del día o visite www.avmed.org

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-800-882-8633. Someone who speaks English/Language can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-800-882-8633. Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-800-882-8633。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-800-882-8633。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-800-882-8633. Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-800-882-8633. Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-800-882-8633 sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-800-882-8633. Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 답해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-800-882-8633 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-800-882-8633. Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على بمساعدتك. هذه خدمة . سيقوم شخص ما يتحدث العربية 1-800-882-8633 مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं. एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-800-882-8633 पर फोन करें. कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है. यह एक मुफ्त सेवा है.

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-800-882-8633. Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Portuguese: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-800-882-8633. Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-800-882-8633. Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-800-882-8633. Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがありますご致します。通訳をご用命になるには、1-800-882-8633 にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。