

# AvMed Medicare

## Formulario para 2022

### Lista de medicamentos cubiertos

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

HPMS Approved Formulary File Submission  
ID, 00022049 Version Number 17  
H1016\_PH262SP-092021\_C

Este formulario condensado e integral se actualizó el 11/01/2022. 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](http://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 11/01/2022. Para obtener un formulario actualizado, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

El Formulario adjunto es vigente a partir del 11/01/2022. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

## **Afección médica**

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

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

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 59. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

## **Para obtener más información**

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

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

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

## **Formulario de AvMed Medicare**

El formulario a continuación proporciona información acerca de la cobertura de los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare. Si tiene alguna dificultad para encontrar el medicamento que toma en la lista, consulte el Índice que comienza en la página 59.

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

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

## **Lista de Abreviaturas y Su Significado:**

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

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

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

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

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

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

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

# AvMed Medicare eff 11/01/2022

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<b>ANALGÉSICOS GOTA</b>	
allopurinol TABS 100mg, 300mg	2 GC
colchicine TABS .6mg QL (120 tabs / 30 días)	4 QL
colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg	3
febuxostat TABS 40mg, 80mg	4 PA
MITIGARE CAPS .6mg QL (60 caps / 30 días)	3 QL
probenecid TABS 500mg	3
<b>ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS</b>	
celecoxib CAPS 50mg QL (240 caps / 30 días)	3 QL
celecoxib CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3 QL
celecoxib CAPS 200mg QL (60 caps / 30 días)	3 QL
celecoxib CAPS 400mg QL (30 caps / 30 días)	3 QL
diclofenac potassium TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	3 QL
diclofenac sodium TB24 100mg	3
diclofenac sodium TBEC 25mg, 50mg, 75mg	2 GC
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg	4
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg	4
diflunisal TABS 500mg	3
ec-naproxen TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)	2 GC QL
ec-naproxen TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL
etodolac CAPS 200mg, 300mg; TABS 400mg, 500mg; TB24 400mg, 500mg, 600mg	3
flurbiprofen TABS 100mg	3
ibu TABS 600mg, 800mg	1 GC
ibuprofen SUSP 100mg/5ml	3

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
ibuprofen TABS 400mg, 600mg, 800mg	1 GC
meloxicam TABS 7.5mg, 15mg	1 GC
nabumetone TABS 500mg, 750mg	2 GC
naproxen TABS 250mg, 375mg, 500mg	1 GC
naproxen TBEC 375mg QL (120 tabs / 30 días)	2 GC QL
naproxen TBEC 500mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL
naproxen sodium TABS 275mg, 550mg	3
oxaprozin TABS 600mg	4
piroxicam CAPS 10mg, 20mg	3
sulindac TABS 150mg, 200mg	2 GC
<b>ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, LONG-ACTING</b>	
fentanyl PT72 12mcg/hr, 25mcg/hr, 50mcg/hr, 75mcg/hr, 100mcg/hr QL (10 parches / 30 días)	4 QL PA
hydrocodone bitartrate 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
methadone hcl SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 días)	3 QL PA
methadone hcl TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL PA
methadone hydrochloride i CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 días)	3 QL PA
morphine sulfate TBCR 15mg, 30mg, 60mg, 100mg, 200mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL PA
<b>ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, SHORT-ACTING</b>	
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml QL (2700 mL / 30 días)	3 QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg QL (400 tabs / 30 días)	3 QL

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg QL (360 tabs / 30 días)	3 QL	morphine sulfate SOLN 10mg/5ml, 20mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3 QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL	morphine sulfate SOLN 20mg/ml QL (180 mL / 30 días)	3 QL
butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml QL (360 tabs / 30 días)	4	morphine sulfate TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL
endocet tab 2.5-325mg QL (360 tabs / 30 días)	3 QL	nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml QL (180 caps / 30 días)	4
endocet tab 5-325mg QL (360 tabs / 30 días)	3 QL	oxycodone hcl CAPS 5mg QL (180 caps / 30 días)	4 QL
endocet tab 7.5-325mg QL (240 tabs / 30 días)	3 QL	oxycodone hcl CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	4 QL
endocet tab 10-325mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL	oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4 QL
fentanyl citrate LPOP 200mcg QL (120 losanges / 30 días)	4 QL PA	oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL
fentanyl citrate LPOP 400mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg QL (120 losanges / 30 días)	5 QL PA	oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3 QL
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5- 325 mg/15ml QL (2700 mL / 30 días)	4 QL	oxycodone w/ acetaminophen tab 5- 325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3 QL
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3 QL	oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3 QL
hydrocodone-acetaminophen tab 7.5- 325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL	oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL
hydrocodone-acetaminophen tab 10- 325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL	tramadol hcl TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2 GC QL
hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg QL (150 tabs / 30 días)	3 QL	tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3 QL
hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4 QL	<b>ANESTÉSICOS</b> <b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>	
hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL	lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2% 3 B/D	
morphine sulfate SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml 4 B/D	4	<b>CONTRA INFECCIONES</b> <b>CONTRA INFECCIONES, VARIOS</b>	
MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml 4 B/D	4	albendazole TABS 200mg 5	
		amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml 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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
atovaquone SUSP 750mg/5ml	4	<i>linezolid</i> TABS 600mg	4 QL
aztreonam SOLR 1gm, 2gm	4	<i>linezolid</i> in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4
CAYSTON SOLR 75mg	5 LA PA	<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4
<i>clindamycin hcl</i> CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2 GC	<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	4
<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i> SOLR 75mg/5ml	4	<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	3
<i>clindamycin phosphate</i> SOLN 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1 GC
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	4	<i>neomycin sulfate</i> TABS 500mg	2 GC
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	4	<i>nitazoxanide</i> TABS 500mg	5 QL
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	4	<i>QL</i> (6 tabs / 30 días)	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> CAPS 50mg, 100mg	3
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> CAPS 100mg	3
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	<i>paromomycin sulfate</i> CAPS 250mg	4
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	<i>pentamidine isethionate inh</i> SOLR 300mg	4 B/D
dapsone TABS 25mg, 100mg	3	<i>pentamidine isethionate inj</i> SOLR 300mg	4
DAPTO MYCIN SOLR 350mg	5	<i>praziquantel</i> TABS 600mg	4
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / año)	5 QL	<i>streptomycin sulfate</i> SOLR 1gm	4
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	<i>sulfadiazine</i> TABS 500mg	4
<i>gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml</i>	3	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i>	4
<i>gentamicin in saline inj 1 mg/ml</i>	3	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	3
<i>gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml</i>	3	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg</i>	1 GC
<i>gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml</i>	3	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg</i>	1 GC
<i>gentamicin in saline inj 2 mg/ml</i>	3	SYNERCID INJ 500MG	5
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	<i>tobramycin</i> NEBU 300mg/5ml	5 PA
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg</i>	4	<i>tobramycin sulfate</i> SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg</i>	4	TRIMETHOPRIM TABS 100mg	2 GC
<i>ivermectin</i> TABS 3mg QL (12 tabs / 75 días)	3 QL PA	<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4 QL
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4 QL
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5 QL	<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

Medicare 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

**ED** -

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg	4
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	COARTEM TAB 20-120MG	4
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	mefloquine hcl TABS 250mg	3
<b>FUNGICIDAS</b>		primaquine phosphate TABS 26.3mg	3
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3
AMBISOME SUSR 50mg	5	quinine sulfate CAPS 324mg	4 PA
amphotericin b SOLR 50mg	4	<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>	
amphotericin b liposome SUSR 50mg	5	abacavir sulfate SOLN 20mg/ml	4
caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg	4	abacavir sulfate TABS 300mg	3
fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	APTIVUS CAPS 250mg	5
fluconazole TABS 150mg	2	atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	3	EDURANT TABS 25mg	5
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	3	efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4
flucytosine CAPS 250mg, 500mg	5 PA	emtricitabine CAPS 200mg	3
griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4
griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg	4	etravirine TABS 100mg, 200mg	5
itraconazole CAPS 100mg	4 PA	fosamprenavir calcium TABS 700mg	5
ketoconazole TABS 200mg	3 PA	FUZEON SOLR 90mg	5
micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg	5	INTELENCE TABS 25mg	4
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5 QL PA	INVIRASE TABS 500mg	5
nystatin TABS 500000unit	3	ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3
posaconazole TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5 QL PA	ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5
terbinafine hcl TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1 GC QL	ISENTRESS HD TABS 600mg	5
voriconazole SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5 PA	lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3
voriconazole TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4 QL PA	LEXIVA SUSP 50mg/ml	4
voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4 QL PA	maraviroc TABS 150mg, 300mg	5
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		nevirapine SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4	nevirapine TABS 200mg	2 GC
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4	NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4
		PIFELTRO TABS 100mg	5
		PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5 QL

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed  
Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4 QL	efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	5
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5 QL	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL
REYATAZ PACK 50mg	5	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL
ritonavir TABS 100mg	3	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL
RUKOBIA TB12 600mg	5	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	EVOTAZ TAB 300-150	5
SELZENTRY TABS 25mg	3	GENVOYA TAB	5
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	JULUCA TAB 50-25MG	5
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	3	lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4
TIVICAY TABS 10mg	3	lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	4
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	5
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5 LA	ODEFSEY TAB	5
TYBOST TABS 150mg	3	PREZCOBIX TAB 800-150	5
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	STRIBILD TAB	5
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	SYMTUZA TAB	5
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	TEMIXYS TAB 300-300	5
zidovudine TABS 300mg	3	TRIUMEQ PD TAB	5
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS</b>			
abacavir sulfate-lamivudine tab 600- 300 mg	3	TRIUMEQ TAB	5
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg	5	TRIZIVIR TAB	5
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	<b>AGENTES ANTITUBERCULOSOS</b>	
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	cycloserine CAPS 250mg	5
CIMDUO TAB 300-300	5	ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	3
COMPLERA TAB	5	isoniazid SYRP 50mg/5ml	4
DELSTRIGO TAB	5	isoniazid TABS 100mg, 300mg	1 GC
DESCOVY TAB 120-15MG	5	PASER PACK 4gm	4
DESCOVY TAB 200/25MG	5	PRIFTIN TABS 150mg	4
DOVATO TAB 50-300MG	5	pyrazinamide TABS 500mg	4

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed  
Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
rifabutin CAPS 150mg	4	ribavirin (hepatitis c) TABS 200mg	4
rifampin CAPS 150mg, 300mg	3	rimantadine hydrochloride TABS 100mg	4
rifampin SOLR 600mg	4	valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	3
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	5
TRECATOR TABS 250mg	4	valganciclovir hcl TABS 450mg	3
<b>ANTIVIRALES</b>			
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	VEMLIDY TABS 25mg	5 PA
acyclovir SUSP 200mg/5ml	4	VOSEVI TAB	5 PA
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	4 B/D	<b>CEFALOSPORINAS</b>	
adefovir dipivoxil TABS 10mg	5	cefaclor CAPS 250mg, 500mg	3
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	cefaclor SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	CEFACLOR ER TB12 500mg	4
EPCLUSA PAK 150-37.5	5 PA	cefadroxil CAPS 500mg	2 GC
EPCLUSA PAK 200-50MG	5 PA	cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3
EPCLUSA TAB 200-50MG	5 PA	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4
EPCLUSA TAB 400-100	5 PA	cefazin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	cefdinir CAPS 300mg	2 GC
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4 B/D	cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3
HARVONI PAK 33.75-150MG	5 PA	cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	4
HARVONI PAK 45-200MG	5 PA	cefixime SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4
HARVONI TAB 45-200MG	5 PA	cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4
HARVONI TAB 90-400MG	5 PA	cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg	3
MAVYRET PAK 50-20MG	5 PA	cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3
MAVYRET TAB 100-40MG	5 PA	ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4
oseltamivir phosphate CAPS 30mg QL (168 caps / año)	3 QL	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / año)	3 QL	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4
oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / año)	3 QL	ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5 PA	cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 días)	5 QL PA	cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	3
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhaladores / año)	3 QL	cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1 GC
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	<b>PENICILINAS</b>	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1 GC
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	amoxicillin CHEW 125mg, 250mg	2 GC
<b>ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS</b>		amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg	4
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	4
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1 GC	amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	3
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	4
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	3
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	3
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	3
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	2 GC
ERYTHROGIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	5	amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	2 GC
erythrocin stearate TABS 250mg	4	amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	4
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	ampicillin CAPS 500mg	2 GC
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm	4
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	5	ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm	4
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm	4
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm	4
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4
ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml	4
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1 GC	dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	3
levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm	4
levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1 GC		
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	3		
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	3		
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	3		
moxifloxacin hcl TABS 400mg	4		

**PA** - Autorización Previa

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha  
Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS</b>	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	<b>AGENTES ALQUILANTES</b>	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5 B/D
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3 B/D
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3 B/D
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3 B/D
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5 B/D
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2 GC	<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5 B/D
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1 GC	CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4 B/D
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5 B/D
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i> for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	LEUKERAN TABS 2mg	4
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4 B/D
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5 B/D
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3 B/D
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	<b>ANTIBIÓTICOS</b>	
<b>TETRACICLINAS</b>		<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4 B/D
<i>doxy</i> 100 SOLR 100mg	4	<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4 B/D
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2 GC	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5 B/D
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4 B/D
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	<b>ANTIMETABOLITOS</b>	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5 B/D
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5 B/D
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5 LA	<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3 B/D
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4 PA	<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3 B/D
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	4	<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4 B/D
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	INQOVI TAB 35-100MG	5 LA PA
		LONSURF TAB 15-6.14	5 PA
		LONSURF TAB 20-8.19	5 PA
		<i>mercaptopurine</i> TABS 50mg	3
		<i>methotrexate sodium</i> SOLN 1gm/40ml, 50mg/2ml, 250mg/10ml; SOLR 1gm	3 B/D
		ONUREG TABS 200mg, 300mg	5 LA PA

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

Medicare 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

**ED** -

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
pemetrexed disodium SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5 B/D	REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5 QL LA PA
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	QL (28 caps / 28 días)	
TABLOID TABS 40mg	4	REVLIMID CAPS 20mg, 25mg	5 QL LA PA
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES</b>			
abiraterone acetate TABS 250mg, 500mg	5 PA	THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5 QL PA
anastrozole TABS 1mg	2 GC	QL (28 caps / 28 días)	
bicalutamide TABS 50mg	2 GC	THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5 QL PA
EMCYT CAPS 140mg	5	QL (56 caps / 28 días)	
ERLEADA TABS 60mg	5 LA PA	<b>VARIOS</b>	
EULEXIN CAPS 125mg	5	BESREMI SOSY 500mcg/ml	5 LA PA
exemestane TABS 25mg	4	bexarotene CAPS 75mg	5 PA
flutamide CAPS 125mg	3	hydroxyurea CAPS 500mg	2 GC
fulvestrant SOSY 250mg/5ml	5 B/D	irinotecan hcl SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4 B/D
letrozole TABS 2.5mg	2 GC	KISQALI 200 PAK FEMARA	5 QL PA
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	4 PA	QL (49 tabs / 28 días)	
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5 PA	KISQALI 400 PAK FEMARA	5 QL PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5 PA	QL (70 tabs / 28 días)	
LYSODREN TABS 500mg	5	KISQALI 600 PAK FEMARA	5 QL PA
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	3	QL (91 tabs / 28 días)	
nilutamide TABS 150mg	5	MATULANE CAPS 50mg	5 LA
NUBEQA TABS 300mg	5 LA PA	SYNRIBO SOLR 3.5mg	5 PA
ORGOVYX TABS 120mg	5 LA PA	tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg	5
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	WELIREG TABS 40mg	5 LA PA
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	2 GC	<b>MITOTIC INHIBITORS</b>	
toremifene citrate TABS 60mg	5	ABRAXANE INJ 100MG	5 B/D
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5 PA	docetaxel CONC 20mg/ml	4 B/D
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5 LA PA	docetaxel CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5 B/D
<b>INMUNOMODULADORES</b>			
lenalidomide CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg	5 QL LA PA	DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5 B/D
QL (28 caps / 28 días)		etoposide SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3 B/D
lenalidomide CAPS 20mg, 25mg	5 QL LA PA	paclitaxel CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4 B/D
QL (21 caps / 28 días)		PACLITAXEL INJ 100MG	5 B/D
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	5 QL LA PA	paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg	5 B/D
QL (21 caps / 21 días)		toposar SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3 B/D
POMALYST CAPS 3mg, 4mg	5 QL LA PA	vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	2 GC B/D
QL (21 caps / 28 días)			

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
vinorelbine tartrate SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4 B/D	erlotinib hcl TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		erlotinib hcl TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL PA
AFINITOR TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL PA	everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5 QL PA	everolimus TBSO 2mg QL (150 tabs / 30 días)	5 QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA	everolimus TBSO 3mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA
AFINITOR DISPERZ TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA	everolimus TBSO 5mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA
ALECENSA CAPS 150mg	5 LA PA	EXKIVITY CAPS 40mg	5 LA PA
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5 LA PA	FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5 QL LA PA
ALUNBRIG PAK	5 LA PA	GAVRETO CAPS 100mg	5 LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5 LA PA	GILOTTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5 LA PA
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	HERCEP HYLEC SOL 60-10000	5 PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5 LA PA	HERCEPTIN SOLR 150mg	5 PA
BORTEZOMIB SOLR 1mg, 2.5mg, 3.5mg	5 PA	HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5 PA
bortezomib SOLR 3.5mg	5 PA	IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5 QL LA PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5 PA	IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5 QL LA PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5 LA PA	ICLUSIG TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5 LA PA	ICLUSIG TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	IDHIFA TABS 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	5 QL LA PA	imatinib mesylate TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA
CALQUENCE TABS 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	imatinib mesylate TABS 400mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5 LA PA	IMBRUWICA CAPS 70mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5 LA PA	IMBRUWICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5 QL LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5 LA PA	IMBRUWICA SUSP 70mg/ml QL (216 mL / 27 días)	5 QL LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5 LA PA		
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5 LA PA		
COTELLIC TABS 20mg	5 LA PA		
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5 LA PA		
ERIVEDGE CAPS 150mg	5 LA PA		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

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

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5 LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	MEKTOVI TABS 15mg	5 LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5 LA PA	MONJUVI SOLR 200mg	5 LA PA
IRESSA TABS 250mg	5 LA PA	MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5 LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	NERLYNX TABS 40mg	5 LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5 B/D	NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5 PA	NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5 QL PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5 PA	ODOMZO CAPS 200mg	5 LA PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5 QL PA	OGIVRI SOLR 150mg	5 PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5 QL PA	OGIVRI INJ 420MG	5 PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5 QL PA	ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5 PA
lapatinib ditosylate TABS 250mg	5 PA	PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5 LA PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA	PHESGO SOL	5 LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5 QL LA PA	PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5 PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA	PIQRAY 250MG TAB DOSE	5 PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5 QL LA PA	PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5 PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5 QL LA PA	QINLOCK TABS 50mg	5 LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5 QL LA PA	RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5 LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5 QL LA PA	RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5 LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5 QL LA PA	RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5 LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5 LA PA	RITUXAN INJ HYCELA	5 LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5 LA PA	ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5 LA PA
		RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
		RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5 PA
		RYDAPT CAPS 25mg	5 PA
		SCEMBLIX TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA
		SCEMBLIX TABS 40mg QL (300 tabs / 30 días)	5 QL PA
		sorafenib tosylate TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL PA

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5 PA	VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 días)	5 QL LA PA
STIVARGA TABS 40mg <i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5 LA PA 5 QL PA	VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5 LA PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5 PA	VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5 LA PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5 LA PA	VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	5 QL LA PA
TAGRISSO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	VOTRIENT TABS 200mg	5 LA PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA	XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5 LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5 QL LA PA	XOSPATA TABS 40mg	5 LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5 PA	XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY	5 LA PA
TAZVERIK TABS 200mg	5 LA PA	TBPK 20mg, 40mg	
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5 LA PA	XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY	5 LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5 LA PA	TBPK 20mg, 40mg	
TIBSOVO TABS 250mg	5 LA PA	XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY	5 LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5 PA	TBPK 20mg, 60mg	
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5 LA PA	XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY	5 LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5 LA PA	TBPK 20mg	
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5 LA PA	XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY	5 LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5 LA PA	TBPK 20mg, 40mg	
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5 PA	XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY	5 LA PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5 LA PA	TBPK 20mg	
TURALIO CAPS 200mg	5 LA PA	XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY	5 LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5 PA	TBPK 20mg, 50mg	
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4 QL LA PA	ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5 QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5 QL LA PA	ZELBORAF TABS 240mg	5 LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5 PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5 QL LA PA	ZOLINZA CAPS 100mg	5 PA
<b>AGENTES PROTECTORES</b>			
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg			
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg			
<i>leucovorin calcium</i> TABS 15mg, 25mg			
MESNEX TABS 400mg			

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

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<b>CARDIOVASCULAR</b>			
<b>COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA</b>			
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1 GC QL	quinapril-hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1 GC
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1 GC QL	quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1 GC
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1 GC QL	<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>	
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1 GC QL	benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1 GC
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1 GC QL	captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1 GC
amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1 GC QL	enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1 GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg	1 GC	fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	1 GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1 GC	lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1 GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1 GC	moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg	1 GC
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1 GC	perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg	1 GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1 GC	quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1 GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	1 GC	ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1 GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1 GC	trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg	1 GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1 GC	<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA</b>	
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg	1 GC	eplerenone TABS 25mg, 50mg	3
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg	1 GC	KERENDIA TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20- 25 mg	1 GC	spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	1 GC
<b>ALFA BLOQUEADORES</b>			
doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2 GC	prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	2 GC	<b>COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>	
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada  
**Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente**  
**Medicamento Excluido**    **GC** - Cobertura de Brecha  
**Medicare 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    **ED** -  
**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	EDARBYCLOR TAB 40-25MG QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	ENTRESTO TAB 24-26MG	3
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	ENTRESTO TAB 49-51MG	3
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	ENTRESTO TAB 97-103MG	3
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
amlodipine valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	1 GC
amlodipine valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	1 GC
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1 GC
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4 QL	olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
		telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
		telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL

## PA - Autorización Previa

**Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente**

Medicamento Excluido GC -

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los miembros Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

## **QL - Cantidad Limitada**

vs. Parte B solamente

1

Howard County (HMO). Tanto como la Etapa de Falta de C

## **ST - Terapia Escalonada**

**LA - Disponibilidad Limitada ED -**

– Selectas Insulinas. No se aplica a A

**Sección de medicamentos. No se aplica a Amoxicilina. Se incluyen los medicamentos genéricos del Nivel 1 y la cobertura.**

23

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
telmisartan-amldipine tab 80-5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
telmisartan-amldipine tab 80-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL	valsartan TABS 320mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	<b>ANTIARRÍTMICOS</b>	
valsartan-hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	amiodarone hcl TABS 200mg	1 GC
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	4
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320- 25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	3
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA</b>			
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL	MULTAQ TABS 400mg	4
candesartan cilexetil TABS 32mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4
EDARBI TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL	pacerone TABS 100mg, 400mg	4
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	pacerone TABS 200mg	1 GC
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg	1 GC	propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg	4
olmesartan medoxomil TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL	propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg	3
<b>ANTILIPEMICS, FIBRATES</b>			
choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg			
fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg			
fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg			
gemfibrozil TABS 600mg			

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<b>ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA</b>			
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL ST	ezetimibe-simvastatin tab 10-20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL ST	ezetimibe-simvastatin tab 10-40 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
atorvastatin calcium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	ezetimibe-simvastatin tab 10-80 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL
EZALLOR SPRINKLE CPSP 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL ST	niacin (antihyperlipidemic) TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
fluvastatin sodium CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1 GC QL	PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml prevalite PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3 PA
fluvastatin sodium TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL ST	<b>BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES</b>	
lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL	atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg	2 GC
pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	2 GC
rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	bisoprolol & hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg	2 GC
simvastatin TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg	3
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL ST	<b>BETABLOQUEANTE</b>	
<b>ANTILIPÉMICOS, VARIOS</b>		acebutolol hcl CAPS 200mg, 400mg atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg	3
cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	carvedilol TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg labetalol hcl TABS 100mg, 200mg, 300mg	2 GC
cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	metoprolol succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg metoprolol tartrate SOLN 5mg/5ml	2 GC
colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg	4
colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm	4		1 GC
colestipol hcl TABS 1gm	3		
ezetimibe TABS 10mg	3		
ezetimibe-simvastatin tab 10-10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
nebivolol hcl TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL	taztia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg	2 GC
nebivolol hcl TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL	tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2 GC
pindolol TABS 5mg, 10mg	3	verapamil hcl CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4
propranolol hcl CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	verapamil hcl CP24 120mg, 180mg, 240mg	3
propranolol hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2 GC	verapamil hcl TABS 40mg, 80mg, 120mg	1 GC
timolol maleate TABS 5mg, 10mg, 20mg	4	verapamil hcl TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2 GC
<b>BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO</b>			
amlodipine besylate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1 GC	DIURÉTICOS	
cartia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2 GC	acetazolamide CP12 500mg	4
dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	acetazolamide TABS 125mg, 250mg	3
diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	amiloride & hydrochlorothiazide tab 5- 50 mg	2 GC
diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml	3	amiloride hcl TABS 5mg	2 GC
diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg	2 GC	bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3
diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2 GC	chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2 GC
diltiazem hcl coated beads CP24 360mg	4	furosemide SOLN 10mg/ml, 40mg/5ml	2 GC
diltiazem hcl coated beads TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	furosemide TABS 20mg, 40mg, 80mg	1 GC
diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	2 GC	furosemide inj SOLN 10mg/ml	3
felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg	2 GC	hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1 GC
isradipine CAPS 2.5mg, 5mg	3	indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	2 GC
matzim la TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg	3	methazolamide TABS 25mg, 50mg	4
nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg	4	metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3
nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg	3	spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	3
nimodipine CAPS 30mg	4	torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2 GC
nisoldipine TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg	4	triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg	1 GC
NYMALIZE SOLN 6mg/ml	5	triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg	1 GC
<b>VARIOS</b>			
ADRENALIN SOLN 1mg/ml			
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg			

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg	1 GC	minoxidil TABS 2.5mg, 10mg	2 GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg	1 GC	ranolazine TB12 500mg, 1000mg	4
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg	1 GC	VERQUVO TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg	1 GC	<b>NITRATOS</b>	
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg	1 GC	isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg	1 GC	isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg	2 GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg	1 GC	isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg	1 GC
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg	1 GC	NITRO-BID OINT 2%	3
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg	1 GC	nitroglycerin PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg	1 GC	<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</b>	
amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg	1 GC	ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	ambrisentan TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1 GC	bosentan TABS 62.5mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	bosentan TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
digitek TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2 GC QL	OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL PA
digoxin TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2 GC QL	treprostinil SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5 LA PA
droxidopa CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5 QL PA	VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5 PA
droxidopa CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5 QL PA	<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL</b>	
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3 PA	<b>CONTRA LA ANSIEDAD</b>	
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml	4	alprazolam TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2 GC QL
hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2 GC	buspirone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg buspirone hcl TABS 7.5mg, 30mg	1 GC 3
metyrosine CAPS 250mg	5 PA	fluvoxamine maleate TABS 25mg, 50mg, 100mg	3
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg	3	lorazepam CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3 QL
midodrine hcl TABS 10mg	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
lorazepam SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2 GC	DIACOMIT PACK 500mg	5 QL LA PA
lorazepam TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2 GC QL	QL (180 paquetes / 30 días)	
lorazepam intensol CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3 QL	diazepam CONC 5mg/ml	3 QL PA
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		QL (240 mL / 30 días)	
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL	Se aplica PA si tienen 65 años o más	
BRIVIACT SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5 QL PA	diazepam SOLN 5mg/5ml	3 QL PA
BRIVIACT SOLN 50mg/5ml	4 PA	QL (1200 mL / 30 días)	
BRIVIACT TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA	Se aplica PA si tienen 65 años o más	
carbamazepine CHEW 100mg; TABS 200mg	3	diazepam TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días)	2 GC QL PA
carbamazepine CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	Se aplica PA si tienen 65 años o más	
CELONTIN CAPS 300mg	4	diazepam (anticonvulsant) GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4
clobazam SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4 QL PA	diazepam inj SOLN 5mg/ml	4
clobazam TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA	DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4
clonazepam TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2 GC QL	DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4
clonazepam TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2 GC QL	DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4
clonazepam TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3 QL	divalproex sodium CSDR 125mg	4
clonazepam TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL	divalproex sodium TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3
clorazepate dipotassium TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días)	4 QL PA	EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5 QL LA PA
Se aplica PA si tienen 65 años o más		epitol TABS 200mg	3
DIACOMIT CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5 QL LA PA	EPRONTIA SOLN 25mg/ml	4
DIACOMIT CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5 QL LA PA	ethosuximide CAPS 250mg	4
DIACOMIT PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5 QL LA PA	ethosuximide SOLN 250mg/5ml	3
		felbamate SUSP 600mg/5ml	5
		felbamate TABS 400mg, 600mg	4
		FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5 QL LA PA
		FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5 QL PA
		FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA
		FYCOMPA TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA
		FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL PA
		gabapentin CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2 GC QL
		gabapentin CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2 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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
gabapentin CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2 GC QL	phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4 PA
gabapentin SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3 QL	PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4
gabapentin TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL	phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3
gabapentin TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3 QL	phenytoin sodium SOLN 50mg/ml	3
lacosamide SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4 QL	phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3
lacosamide SOLN 200mg/20ml	5	pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3 QL PA
lacosamide TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4 QL	pregabalin CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3 QL PA
lacosamide TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL	pregabalin CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3 QL PA
lamotrigine CHEW 5mg, 25mg	3	pregabalin SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4 QL PA
lamotrigine TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1 GC	primidone TABS 50mg, 250mg	2 GC
lamotrigine TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	roweepra TABS 500mg	3
levetiracetam SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	rufinamide SUSP 40mg/ml QL (2300 mL / 28 días)	5 QL PA
levetiracetam SOLN 500mg/5ml	4	rufinamide TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	5 QL PA
levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml	4	rufinamide TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5 QL PA
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml	4	SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4 QL
levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml	4	SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4 QL
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	SPRITAM TB3D 750mg QL (120 tabs / 30 días)	4 QL
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml	4	SPRITAM TB3D 1000mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL
oxcarbazepine TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1 GC
phenobarbital ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4 PA	SYMPAZAN FILM 5mg QL (60 films / 30 días)	4 QL PA
phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3 PA	SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg QL (60 films / 30 días)	5 QL PA
		tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg	4
		topiramate CPSP 15mg, 25mg	3

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
topiramate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2 GC	galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg	3 QL QL (30 caps / 30 días)
valproate sodium SOLN 100mg/ml	4	galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4
valproate sodium SOLN 250mg/5ml	3	galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg	3 QL QL (60 tabs / 30 días)
valproic acid CAPS 250mg	3	memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml	4 PA Se aplica PA si tienen menos de 30 años
VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml	4	memantine hcl TABS 5mg, 10mg	3 PA Se aplica PA si tienen menos de 30 años
vigabatrin PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5 QL LA PA	NAMZARIC CAP 7-10MG	4
vigabatrin TABS 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	NAMZARIC CAP 14-10MG	4
vigadrona PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5 QL LA PA	NAMZARIC CAP 21-10MG	4
VIMPAT SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	5 QL	NAMZARIC CAP 28-10MG	4
VIMPAT SOLN 200mg/20ml	5	NAMZARIC CAP PACK	4
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL	rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4 QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL	rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	3 QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4 QL	rivastigmine tartrate CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3 QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5 QL	<b>ANTIDEPRESIVOS</b>	
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5 QL	amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5 QL	amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5 QL	bupropion hcl TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2 GC	citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	3
ZTALMY SUSP 50mg/ml QL (1100 mL / 30 días)	5 QL LA PA	citalopram hydrobromide TABS 10mg, 20mg, 40mg	1 GC
<b>CONTRA LA DEMENCIA</b>		clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4 PA
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2 GC QL	desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL PA	paroxetine hcl TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	PAXIL SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4 QL PA
doxepin hcl CAPS 150mg	4	phenelzine sulfate TABS 15mg	3
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL PA	protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	4
duloxetine hcl CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3 QL	sertraline hcl CONC 20mg/ml	3
duloxetine hcl CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL	sertraline hcl TABS 25mg, 50mg, 100mg	1 GC
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5 QL PA	tranylcypromine sulfate TABS 10mg	4
escitalopram oxalate SOLN 5mg/5ml	4	trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg	1 GC
escitalopram oxalate TABS 5mg, 10mg, 20mg	1 GC	trimipramine maleate CAPS 25mg QL (240 caps / 30 días)	4 QL
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL PA	trimipramine maleate CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4 QL
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL PA	trimipramine maleate CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL
FETZIMA CAP TITRATIO	4 PA	TRINTELLIX TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	4 QL
fluoxetine hcl CAPS 10mg, 20mg	1 GC	TRINTELLIX TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL
fluoxetine hcl CAPS 40mg	2 GC	TRINTELLIX TABS 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
fluoxetine hcl SOLN 20mg/5ml	3	venlafaxine hcl CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2 GC
imipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg	2 GC	venlafaxine hcl TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4 QL	VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
mirtazapine TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	VIIBRYD KIT STARTER	4
mirtazapine TABS 15mg, 30mg, 45mg	2 GC	vilazodone hcl TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
nefazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	<b>ANTIPARKINSONIANOS</b>	
nortriptyline hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2 GC	amantadine hcl CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3 QL
nortriptyline hcl SOLN 10mg/5ml	4	amantadine hcl SOLN 50mg/5ml	3
paroxetine hcl SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4 QL PA	amantadine hcl TABS 100mg	4
paroxetine hcl TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2 GC	benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	4
Se aplica PA si tienen 70 años o más			

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
bromocriptine mesylate CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	ropinirole hydrochloride TABS .25mg,.5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2 GC
carb/levo orally disintegrating tab 10- 100mg	4	ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4
carb/levo orally disintegrating tab 25- 100mg	4	selegiline hcl CAPS 5mg; TABS 5mg	3
carb/levo orally disintegrating tab 25- 250mg	4	trihexyphenidyl hcl SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg	3 PA
carbidopa TABS 25mg	4	Se aplica PA si tienen 70 años o más	
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg	2	ANTIPSICÓTICOS	
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg	2	ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg	5 QL
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg	2	QL (1 jeringuilla / 28 días)	
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	3	ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg	5 QL
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	3	QL (1 inyección / 28 días)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg	4	aripiprazole SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4 QL
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg	4	aripiprazole TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg	4 QL
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg	4	QL (30 tabs / 30 días)	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg	4	aripiprazole TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	4	ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml	5 QL
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	4	QL (1 jeringuilla / 28 días)	
entacapone TABS 200mg	4	ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml	5 QL
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5 QL PA	QL (1 jeringuilla / 56 días)	
QL (150 films / 30 días)		ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg	4 QL
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1 GC	QL (60 tabs / 30 días)	
pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	CAPLYTA CAPS 10.5mg, 21mg, 42mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL PA
rasagiline mesylate TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL	chlorpromazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4
rasagiline mesylate TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL	CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4
		clozapine TABS 25mg, 50mg	3
		clozapine TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4 QL
		clozapine TABS 200mg QL (135 tabs / 30 días)	4 QL
		clozapine TBDP 12.5mg, 25mg	4 PA

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4 QL PA	<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4 QL
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4 QL PA	<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2 GC QL
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5 QL PA	<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2 GC QL
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA	<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
FANAPT PAK	4 PA	<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3
<i>haloperidol</i> decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5 QL
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4 QL	<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 300mg, 400mg	3
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5 QL	<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5 QL	<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL PA
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL	REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL	REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4 QL
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5 QL
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA	<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3 QL
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA	<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL	amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL PA
risperidone TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL	amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL PA
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4 QL	amphetamine-dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL PA
thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
thiothixene CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
trifluoperazine hcl TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5 QL PA	amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5 QL	amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL	amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL PA
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
ziprasidone hcl CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL	atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 días)	4 QL
ziprasidone mesylate SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4 QL	atomoxetine hcl CAPS 40mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4 QL PA	atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5 QL PA	dexamethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3 QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5 QL PA	dexamethylphenidate hcl TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL PA
<b>TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>			
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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3 QL PA	temazepam CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4 QL PA
metadate er TBCR 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL PA	temazepam CAPS 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4 QL PA
methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	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
methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	4 QL PA	<b>MIGRAÑA</b>	
methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4 QL PA	AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3 QL PA
methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	3 QL PA	dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5
methylphenidate hcl TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL PA	dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (40 tabs / 28 días)	5 QL PA
methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL PA	naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3 QL
VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL PA	NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	5 QL PA
VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4 QL PA	rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3 QL
VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA	sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4 QL
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL PA	sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4 QL
<b>HIPNÓTICOS</b>		sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4 QL
BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 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
doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL	sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2 GC QL
HETLIOZ CAPS 20mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA		
temazepam CAPS 7.5mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4 QL PA		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5 QL PA	glatiramer acetate SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5 QL PA
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4 QL	glatiramer acetate SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5 QL PA
<b>VARIOS</b>		glatopa SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5 QL PA
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA	glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5 QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL PA	KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5 QL LA PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4 QL PA	<b>AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL</b>	
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4 QL PA	baclofen TABS 10mg, 20mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3 PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5 QL LA PA	cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5 QL LA PA	tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	2 GC
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	<b>NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA</b>	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1 GC	armodafinil TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3 QL PA
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2 GC	armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL PA
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4 QL PA	modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4 QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA	modafinil TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA
pyridostigmine bromide TABS 60mg	3	XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5 QL LA PA
riluzole TABS 50mg	4	<b>PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS</b>	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA	acamprosate calcium TBEC 333mg buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	4 3 QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4 PA	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4 QL
tetrabenazine TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4 QL
tetrabenazine TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5 QL PA	buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4 QL
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>			
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5 QL PA		
dalfampridine TB12 10mg	3 PA		
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5 QL PA		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) QL (60 films / 30 días)	4 QL	BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2 GC QL	FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2 GC QL	glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1 GC QL
bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg	3	glimepiride TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL
CHANTIX TAB 0.5& 1MG	4 PA	glipizide TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1 GC QL
disulfiram TABS 250mg, 500mg	3	glipizide TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1 GC QL
naloxone hcl LIQD 4mg/0.1ml	3	glipizide TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1 GC QL
naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2 GC	glipizide TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL
naltrexone hcl TABS 50mg	3	glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1 GC QL
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	glipizide xl TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1 GC QL
varenicline tartrate TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4 QL PA	glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1 GC QL
varenicline tartrate tab 11 x 0.5 mg & 42 x 1 mg start pack	4 PA	glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1 GC QL
VIVITROL SUSR 380mg	5	GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
<b>ENDOCRINO Y METABÓLICO</b>			
<b>ANDRÓGENOS</b>			
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4 QL PA	GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3 QL PA	JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA	JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4 QL PA	JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3 PA	JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	3 PA	JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
<b>ANTIDIABETICS</b>			
acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3 QL	JARDIANCE TABS 10mg 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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL	RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL	SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3 QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL	SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL	SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3 QL	SYNJARDY XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
metformin hcl TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1 GC QL	SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
metformin hcl TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1 GC QL	SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
metformin hcl TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1 GC QL	SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
metformin hcl TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1 GC QL	TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
metformin hcl TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1 GC QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
nateglinide TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1 GC QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5- 1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3 QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3 QL	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5- 1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 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
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML QL (1 pen / 28 días)	3 QL	VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3 QL
pioglitazone hcl TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1 GC QL	XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
repaglinide TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1 GC QL	XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
repaglinide TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1 GC 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

**PA - Autorización Previa**

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC - Cobertura de Brecha**

**QL - Cantidad Limitada**

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 - Disponibilidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

ED - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3 QL	NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3
BD ALCOHOL SWABS	3	NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4 QL PA
FIASP INJ 100/ML SI	3	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4 QL PA
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4 QL PA
GAUZE PADS 2" X 2"	3	OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4 QL PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5 B/D	OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4 QL PA
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4 QL PA
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/TRIVIDIA	3
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIDIA/MHC	3	SOLIQUA INJ 100/33 QL (10 pens / 30 días)	3 QL
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	SI	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4 QL PA
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4 QL PA
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4 QL PA
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días)	3 QL
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	SI	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	<b>CALCIUM REGULATORS</b>	
		alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	4
		alendronate sodium TABS 10mg, 35mg, 70mg	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
calcitonin (salmon) spray SOLN 200unit/act	3 B/D	aranelle	3
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5 PA	aubra eq	2 GC
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4 ST	aurovela 1/20	2 GC
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4 ST	aurovela fe 1.5/30	2 GC
ibandronate sodium SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4 B/D QL	aurovela fe 1/20	2 GC
ibandronate sodium TABS 150mg	3 B/D	aviane	2 GC
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5 PA	ayuna	2 GC
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3 B/D	azurette	3
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3 B/D	balziva	3
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4 QL	blisovi fe 1.5/30	2 GC
risedronate sodium TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	briellyn	3
risedronate sodium TABS 30mg; TBEC 35mg	4	camila TABS .35mg	2 GC
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5 PA	chateal	2 GC
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4 B/D	cryselle-28	2 GC
<b>AGENTES QUELANTES</b>			
CHEMET CAPS 100mg	4	cyred eq	2 GC
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5 PA	dasetta 1/35	2 GC
deferasirox TBSO 125mg	3 PA	dasetta 7/7/7	2 GC
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	deblitane TABS .35mg	2 GC
penicillamine TABS 250mg	5	desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3
sodium polystyrene sulfonate powder	3	desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2 GC
sps SUSP 15gm/60ml	3	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	3
trientine hcl CAPS 250mg	5 PA	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	3
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	elinest	2 GC
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>			
afirmelle	2 GC	ELLA TABS 30mg	3
altavera	2 GC	eluryng	4
alyacen 1/35	2 GC	emoquette	2 GC
alyacen 7/7/7	2 GC	enpresse-28	2 GC
apri	2 GC	enskyce	2 GC
		errin TABS .35mg	2 GC
		estarrylla	2 GC
		ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	2 GC
		ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	3
		etongestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr	4
		falmina	2 GC
		femynor	2 GC
		hailey 1.5/30	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	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
heather TABS .35mg	2	GC	marlissa	2	GC
iclevia	3		medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
incassia TABS .35mg	2	GC	microgestin 1.5/30	2	GC
introvale	3		microgestin 1/20	2	GC
isibloom	2	GC	microgestin fe 1.5/30	2	GC
jasmiel	3		microgestin fe 1/20	2	GC
jolessa	3		mili	2	GC
juleber	2	GC	mono-linyah	2	GC
junel 1.5/30	2	GC	necon 0.5/35-28	2	GC
junel 1/20	2	GC	nikki	3	
junel fe 1.5/30	2	GC	nora-be TABS .35mg	2	GC
junel fe 1/20	2	GC	norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
kariva	3		norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	2	GC
kelnor 1/35	2	GC	norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	2	GC
kelnor 1/50	3		norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	GC
kurvelo	2	GC	norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg	2	GC
larin 1.5/30	2	GC	norgestimate-eth estrad tab 0.18- 25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg	3	
larin 1/20	2	GC	norgestimate-eth estrad tab 0.18- 35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg	2	GC
larin fe 1.5/30	2	GC	norlyroc TABS .35mg	2	GC
larin fe 1/20	2	GC	nortrel 0.5/35 (28)	2	GC
larissia	2	GC	nortrel 1/35 (21)	2	GC
leena	3		nortrel 1/35 (28)	2	GC
lessina	2	GC	nortrel 7/7/7	2	GC
levonest	2	GC	nylia 1/35	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91- día) tab 0.15-0.03 mg	3		nylia 7/7/7	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	GC	nymyo	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC	ocella	3	
levonorgestrel-eth estra tab 0.05- 30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	2	GC	orsythia	2	GC
levora 0.15/30-28	2	GC	philit	3	
lillow	2	GC	pimtrea	3	
loestrin 1.5/30-21	2	GC	pirmella 1/35	2	GC
loestrin 1/20-21	2	GC	portia-28	2	GC
loestrin fe 1.5/30	2	GC	reclipsen	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC	setlakin	3	
loryna	3				
low-ogestrel	2	GC			
lutera	2	GC			
lyeq TABS .35mg	2	GC			
lyza TABS .35mg	2	GC			

**PA - Autorización Previa**

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

**QL - Cantidad Limitada**

Parte B solamente

Medicamento Excluido

Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

**ST - Terapia Escalonada**

Disponibilidad Limitada

Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

**B/D -**

ED -

AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
sharobel TABS .35mg	2 GC	estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3
simliya	3		
sprintec 28	2 GC	estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg	2 GC
sronyx	2 GC	estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg	3
syeda	3	estradiol & norethindrone acetate tab 1- 0.5 mg	3
tarina fe 1/20 eq	2 GC	estradiol vaginal CREA .1mg/gm	3
tilia fe	4	estradiol vaginal TABS 10mcg	4
tri-estarrylla	2 GC	estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4
tri-legest fe	4	fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	3
tri-linyah	2 GC	fyavolv tab 1mg-5mcg	3
tri-lo-estarrylla	3	jintel	3
tri-lo-marzia	3	lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3
tri-lo-mili	3	mimvey	3
tri-lo-sprintec	3	norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg	3
tri-mili	2 GC	norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	3
tri-nymyo	2 GC	yuvafem TABS 10mcg	4
tri-sprintec	2 GC	<b>GLUCOCORTICOIDES</b>	
tri-vylibra	2 GC	dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3
tri-vylibra lo	3	DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4
trivora-28	2 GC	dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3
velivet	2 GC	fludrocortisone acetate TABS .1mg	2 GC
vestura	3	hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg	3
vienna	2 GC	methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3 B/D
viorele	3	methylprednisolone TBPK 4mg	2 GC
vyfemla	3	methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3 B/D
vylibra	2 GC		
wera	2 GC		
xulane	4		
zafemy	4		
zovia 1/35	2 GC		
zumandimine	3		
<b>ENDOMETRIOSIS</b>			
danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4		
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5		
<b>ESTRÓGENOS</b>			
amabelz	3		
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4		
dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3 B/D	<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2 GC B/D	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3 B/D	<i>FABRAZYME</i> SOLR 5mg, 35mg	5 LA PA
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2 GC B/D	<i>GENOTROPIN</i> CART 5mg, 12mg	5 PA
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4 B/D	<i>GENOTROPIN MINIQUICK PRSY</i> .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5 PA
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2 GC B/D	<i>INCRELEX</i> SOLN 40mg/4ml	5 LA PA
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	<i>KORLYM</i> TABS 300mg	5 LA PA
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4 B/D	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml	4 B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> TABS 330mg	3 B/D
<b>AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA</b>			
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	<i>LUMIZYME</i> SOLR 50mg	5 LA PA
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	<i>LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT</i> 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5 PA
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	<i>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT</i> 11.25mg, 30mg	5 PA
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5 QL PA
<b>VARIOS</b>			
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5 LA PA	<i>NAGLAZYME</i> SOLN 1mg/ml	5 LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5 LA	<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5 PA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4 PA
CARBAGLU TBSO 200mg	5 LA PA	<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5 PA
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5 LA PA	<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3
CERDELGA CAPS 84mg	5 PA	<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5 PA
CEREZYME SOLR 400unit	5 LA PA	<i>SIGNIFOR</i> SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5 LA PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)	4 B/D QL	<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5 PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5 B/D QL	<i>SOMATULINE DEPOT</i> SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5 PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5 B/D QL	<i>SOMAVERT</i> SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5 LA PA
CYSTADANE POW	5 LA	<b>AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO</b>	
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4 LA PA	<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3 QL
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5		
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
calcium acetate (phosphate binder) TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3 QL	unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1 GC
sevelamer carbonate PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	4 QL	<b>VITAMIN D ANALOGS</b>	
sevelamer carbonate PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5 QL	calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg	2 GC B/D
sevelamer carbonate TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4 QL	calcitriol SOLN 1mcg/ml	4 B/D
VELPHORO CHEW 500mg QL (180 tabs / 30 días)	5 QL	doxercalciferol CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4 B/D
<b>PROGESTINAS</b>		paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4 B/D
medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1 GC	RAYALDEE CPCR 30mcg	5
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	3	<b>GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS</b>	
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	4 PA	aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg	4 B/D
norethindrone acetate TABS 5mg	3	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg	4 B/D
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		compro SUPP 25mg	4
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1 GC	dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 días)	4 B/D QL
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1 GC	granisetron hcl SOLN 1mg/ml	3
levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	1 GC	granisetron hcl SOLN 4mg/4ml	4
levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	1 GC	granisetron hcl TABS 1mg	4 B/D
liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	2 GC
methimazole TABS 5mg, 10mg	1 GC	metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3
propylthiouracil TABS 50mg	3	metoclopramide hcl TABS 5mg, 10mg	1 GC
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	ondansetron TBDP 4mg, 8mg	3 B/D
Se aplica PA si tienen 70 años o más			
Se aplica PA si tienen 70 años o más			

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

Medicare 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** - Disponibilidad Limitada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>			
dicyclomine hcl CAPS 10mg; TABS 20mg	3	lactulose SOLN 10gm/15ml	3
dicyclomine hcl SOLN 10mg/5ml	4	lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	3
glycopyrrolate TABS 1mg, 2mg	3	NULYTELY SOL LMN/LIME	3
<b>ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2</b>		peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln 236 gm	2 GC
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	2 GC
famotidine SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4 QL	PLENUV SOL	4
famotidine TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1 GC QL	sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	4
famotidine TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1 GC QL	SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	3	<b>VARIOS</b>	
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	4	alosetron hcl TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		alosetron hcl TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4 QL PA
balsalazide disodium CAPS 750mg	3	cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	4
budesonide CPEP 3mg	4 PA	diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	4
budesonide TB24 9mg	5 PA	diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	3
hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml	4	GATTEX KIT 5mg	5 LA PA
mesalamine CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4 QL	LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4 QL
mesalamine CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4 QL	loperamide hcl CAPS 2mg	3
mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	misoprostol TABS 100mcg, 200mcg	3
mesalamine TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4 QL	MOVANTIK TABS 12.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL
mesalamine w/ cleanser KIT 4gm	4	MOVANTIK TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL
sulfasalazine TABS 500mg	2 GC	RELISTOR SOLN 8mg/0.4ml, 12mg/0.6ml	5 PA
sulfasalazine TBEC 500mg	3	sucralfate TABS 1gm	3
<b>LASANTES</b>		ursodiol CAPS 300mg	3
constulose SOLN 10gm/15ml	3	ursodiol TABS 250mg, 500mg	4
enulose SOLN 10gm/15ml	3	XERMELO TABS 250mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
gavilyte-c	2 GC	XIFAXAN TABS 550mg	5 PA
gavilyte-g	2 GC	<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>	
gavilyte-n/flavor pack	2 GC	CREON CAP 3000UNIT	3
generlac 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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
CREON CAP 6000UNIT	3	<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3
CREON CAP 12000UNT	3	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4
CREON CAP 24000UNT	3		
CREON CAP 36000UNT	3		
ZENPEP CAP 3000UNIT	4	<b>ANTIESPANSMÓDICOS URINARIO</b>	
ZENPEP CAP 5000UNIT	4	<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg	4 QL ST
ZENPEP CAP 10000UNT	4	QL (30 tabs / 30 días)	
ZENPEP CAP 15000UNT	4	<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg	3 QL
ZENPEP CAP 20000UNT	4	QL (30 tabs / 30 días)	
ZENPEP CAP 25000UNT	4	<i>MYRBETRIQ SRER</i> 8mg/ml	4 QL
ZENPEP CAP 40000UNT	4	QL (300 mL / 28 días)	
<b>INHIPIDORES DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		<i>MYRBETRIQ TB24</i> 25mg, 50mg	4 QL
<i>dexlansoprazole</i> CPDR 30mg, 60mg	4 QL	QL (30 tabs / 30 días)	
QL (30 caps / 30 días)		<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	4 QL ST	<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg	3 QL
QL (30 caps / 30 días)		QL (30 tabs / 30 días)	
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	3 QL	<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg	3 QL
QL (60 caps / 30 días)		QL (60 tabs / 30 días)	
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg	4 QL ST	<i>solifenacina succinato</i> TABS 5mg, 10mg	3 QL
QL (60 tabs / 30 días)		QL (30 tabs / 30 días)	
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1 GC	<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg	4 QL ST
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	3	QL (30 caps / 30 días)	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1 GC	<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg	4 QL ST
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	QL (60 tabs / 30 días)	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	3 QL	<i>TOVIAZ</i> TB24 4mg, 8mg	3 QL
QL (30 tabs / 30 días)		QL (30 tabs / 30 días)	
<b>GENITOURINARIAS</b>		<i>trospium chloride</i> TABS 20mg	3 QL
<b>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>		QL (60 tabs / 30 días)	
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg	2 GC QL	<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES</b>	
QL (30 tabs / 30 días)		<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg	3 QL	<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3
QL (30 caps / 30 días)		<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> cap 0.5-0.4 mg	4 QL	<i>VANDAZOLE</i> GEL .75%	3
QL (30 caps / 30 días)			
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1 GC	<b>HEMATOLÓGICOS</b>	
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg	3 QL	<b>ANTICOAGULANTES</b>	
QL (30 caps / 30 días)		<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg, 150mg	4 QL
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2 GC	QL (60 caps / 30 días)	
<b>VARIOS</b>			
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL	ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5 PA
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3 QL	<b>VARIOS</b>	
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3 QL	<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4
enoxaparin sodium SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5 QL LA PA
fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml	4	cilostazol TABS 50mg, 100mg	2 GC
fondaparinux sodium SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	DOPTELET TABS 20mg	5 LA PA
HEP SOD/D5W INJ 20000UNT	3	DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3
HEP SOD/D5W INJ 25000UNT	3	ENDARI PACK 5gm	5 LA PA
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5 QL LA PA
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3 B/D	HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5 QL LA PA
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5 QL PA
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1 GC	<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2 GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4 QL	PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5 QL LA PA
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4 QL	PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5 QL LA PA
warfarin sodium TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1 GC	PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3 QL	PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL LA PA
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3 QL	sajazir SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5 QL PA
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL	tranexamic acid SOLN 1000mg/10ml	4
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3 QL	tranexamic acid TABS 650mg	3
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS</b>		<b>INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>	
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3 PA	aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25- 200 mg	4
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5 PA	BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4
		clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1 GC
		dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg	3 PA
		Se aplica PA si tienen 70 años o más	
		prasugrel hcl 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

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS</b>				
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5 QL PA	RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5 QL PA	
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5 QL PA	SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / 365 días)	5 QL PA	
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5 QL PA	SKYRIZI SOCT 360mg/2.4ml QL (7 cartridges / 365 días)	5 QL PA	
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5 QL PA	SKYRIZI SOLN 600mg/10ml QL (6 viales / año)	5 QL PA	
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5 QL PA	SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / 365 días)	5 QL PA	
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5 QL PA	SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / 365 días)	5 QL PA	
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5 QL PA	STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (2 viales / 28 días)	5 QL LA PA	
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5 PA	STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5 QL PA	
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5 PA	TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5 QL LA PA	
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5 QL PA	XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 24 días)	5 QL PA	
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5 QL PA	XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA	
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5 PA	XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL PA	
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5 PA	<b>FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)</b>		
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5 PA	hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	3	
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5 PA	leflunomide TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3 QL	
INFILIXIMAB SOLR 100mg	5 LA PA	methotrexate sodium TABS 2.5mg	3	
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA	TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4 B/D	
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5 QL PA	XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4 B/D	
REMICADE SOLR 100mg	5 PA	<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
RENFLEXIS SOLR 100mg	5 LA PA	BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5 PA	
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5 QL PA	BIVIGAM SOLN 10%	5 LA PA	
		FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5 PA	

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites		
GAMASTAN INJ	4	B/D	cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA	everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA	gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA	mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA	mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	5	B/D
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA	mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA	NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA	PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA	REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>					
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA	SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
ARCALYST SOLR 220mg	5	PA	sirolimus SOLN 1mg/ml	5	B/D
INTRON A SOLN 6000000unit/ml, 10000000unit/ml; SOLR 50000000unit	5	B/D	sirolimus TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
INTRON A SOLR 10000000unit	3	B/D	tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
INTRON A SOLR 18000000unit	4	B/D	ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
<b>INMUNOSUPRESORES</b>					
azathioprine TABS 50mg	3	B/D	<b>VACUNAS</b>		
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA	ACTHIB INJ	3	
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	PA	ADACEL INJ	3	
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D	BCG VACCINE SOLR 50mg	3	
			BEXSERO INJ	3	
			BOOSTRIX INJ	3	
			DAPTACEL INJ	3	
			DENGVAXIA SUS	3	
			DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
			ENGERIX-B SUSP 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	
			IPOL INJ INACTIVE	3	
			IXIARO INJ	3	
			KINRIX INJ	3	
			M-M-R II INJ	3	

## PA - Autorización Previa

Autorización Previa. Parte D vs. Parte B solamente

## Medicamento Excluido

Medicare Premium Saver Broward County (HMO)

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

## **QL - Cantidad Limitada**

vs. Parte B solamente

#### - Cobertura de Brecha

**Howard County (HMO)**

nte la Etapa de Falta de Cobertura.

**ST - Terapia Escalonada**

LA - E

= Selectas Insulinas. No se

Los los me

**obertura.**

B/D -

a ED -

aplica a A

Sesión 3 | Páginas del Niño

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
MENACTRA INJ	3	dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3
MENQUADFI INJ	3	dextrose 5% w/ sodium chloride	3
MENVEO INJ	3	0.225%	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	dextrose 10% w/ sodium chloride	3
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	0.45%	
PENTACEL INJ	3	ISOLYTE-P INJ /D5W	4
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	3	ISOLYTE-S INJ	4
PRIORIX INJ	3	ISOLYTE-S INJ PH 7.4	4
PROQUAD INJ	3	kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3
QUADRACEL INJ	3	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3
QUADRACEL INJ 0.5ML	3	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3
RABAVERT INJ	3	kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml; SUSY 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml	3	kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3
ROTARIX SUS	3	kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3
ROTATEQ SOL	3	KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	4
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3
TDVAX INJ 2-2 LF	3	kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3
TENIVAC INJ 5-2LF	3	KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	4
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	3	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% lactated ringer's solution	4
TRUMENBA INJ	3	MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3
TWINRIX INJ	3	magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	3
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	PLASMA-LYTE INJ -148	4
YF-VAX INJ	3	PLASMA-LYTE INJ -A	4
<b>SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS</b>			
<b>ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE</b>			
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	potassium chloride SOLN 2meq/ml	3
D5W/LYTES INJ #48	4	POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	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		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml	4	dextrose SOLN 50%, 70%	3 B/D
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	FREAMINE III INJ 10%	4 B/D
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	hepatamine	4 B/D
TPN ELECTROL INJ	4 B/D	INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4 B/D
<b>ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL</b>		NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4 B/D
klor-con PACK 20meq	4	plenamine	4 B/D
klor-con 8 TBCR 8meq	2 GC	PREMASOL SOL 10%	4 B/D
klor-con 10 TBCR 10meq	2 GC	PROCALAMINE INJ 3%	4 B/D
klor-con m10 TBCR 10meq	2 GC	PROSOL INJ 20%	4 B/D
klor-con m15 TBCR 15meq	3	TRAVASOL INJ 10%	4 B/D
klor-con m20 TBCR 20meq	2 GC	TROPHAMINE INJ 10%	4 B/D
M-NATAL PLUS TAB	3	<b>OTÁLAMICO</b>	
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	<b>CONTRA INFECCIONES /</b>	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2 GC	bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	3
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq	2 GC	BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq	3	neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	2 GC
PRENATAL TAB 27-1MG	3	neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%	2 GC
PRENATAL TAB PLUS	3	neomycin-polymyxin-hc ophth susp	4
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	2 GC
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2 GC	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3
TRICARE TAB PRENATAL	3	TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3
<b>NUTRICIÓN IV</b>		tobramycin-dexamethasone ophth susp	4
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4 B/D	0.3-0.1%	
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4 B/D	ZYLET SUS 0.5-0.3%	3
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4 B/D	<b>CONTRA INFECCIONES</b>	
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4 B/D	bacitracin (ophthalmic) OINT	3
CLINIMIX INJ 6/5	4 B/D	500unit/gm	
CLINIMIX INJ 8/10	4 B/D	bacitracin-polymyxin b ophth oint	2 GC
CLINIMIX INJ 8/14	4 B/D	BESIVANCE SUSP .6%	3
clinisol sf 15%	4 B/D	CILOXAN OINT .3%	3
CLINOLIPID EMU 20%	4 B/D	ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	2 GC
dextrose SOLN 5%, 10%	3	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

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

Medicare 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

**ED** -

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	3	<b>CONTRA EL GLAUCOMA</b>	
neomycin-polomy-gramcid op sol 1.75- 10000-0.025mg-unt-mg/ml	3	ALPHAGAN P SOLN .1%	3
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	3
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1	BETOPTIC-S SUSP .25%	3
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	brimonidine tartrate SOLN .2%	1
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	brimonidine tartrate SOLN .15%	4
trifluridine SOLN 1%	4	brinzolamide SUSP 1%	4
ZIRGAN GEL .15%	4	carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	2
<b>ANTIINFLAMATORIOS</b>		COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3
ALREX SUSP .2%	3	dorzolamide hcl SOLN 2%	2
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%	4	dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	2
BROMSITE SOLN .075%	4	latanoprost SOLN .005%	2
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	3	levobunolol hcl SOLN .5%	2
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	2	LUMIGAN SOLN .01%	3
diluprednate EMUL .05%	3	pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3
FLAREX SUSP .1%	4	RHOPRESSA SOLN .02%	3
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	3	SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3
flurbiprofen sodium SOLN .03%	3	timolol maleate (ophth) SOLG .25%, .5%	4
ILEVRO SUSP .3%	3	timolol maleate (ophth) SOLN .25%, .5%	1
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%	3	timolol maleate (ophth) once-daily SOLN .5%	4
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%	2	travoprost SOLN .004%	4
LOTEMAX OINT .5%	3	VYZULTA SOLN .024%	4
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	<b>VARIOS</b>	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3
PROLENSA SOLN .07%	3	atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	3
<b>ANTIALÉRGICOS</b>		CYSTADROPS SOLN .37%	5
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	CYSTARAN SOLN .44%	5
bepotastine besilate SOLN 1.5%	3	ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3
BEPREVE SOLN 1.5%	3	proparacaine hcl SOLN .5%	3
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1	RESTASIS EMUL .05%	3
LASTACRAFT SOLN .25%	4	RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3
olopatadine hcl SOLN .1%	3	XIIDRA SOLN 5%	3
ZERVIATE SOLN .24%	4	<b>ÓTICO</b>	
		<b>ÓTICO AGENTS</b>	
		acetic acid (otic) SOLN 2%	3
		CIPRO HC SUS ÓTICO	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	4	INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3 QL
flac OIL .01%	3	ipratropium bromide SOLN .02%	2 GC B/D
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	3	ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%	3
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	3	azelastine hcl SOLN .1%, .15%	3
ofloxacin (otic) SOLN .3%	4	cetirizine hcl SOLN 1mg/ml	2 GC
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5</b>		cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3 PA
<b>INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5</b>		desloratadine TABS 5mg	3
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (4 tabs / 30 días)	3 ED QL	diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml	3
tadalafil TABS 10mg, 20mg QL (4 tabs / 30 días)	3 ED QL	hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4 PA
<b>RESPIRATORIO</b>		hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	3 PA
<b>COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICO / BETA AGONISTA</b>		hydroxyzine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2 GC PA
ANORO ELLIPT AER 62.5-25 QL (60 blisters / 30 días)	3 QL	hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2 GC PA
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL	levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL	levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhaladores / 28 días)	3 QL	olopatadine hcl (nasal) SOLN .6% <b>BETA AGONISTAS</b>	4
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhaladores / 30 días)	4 QL	albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3 QL
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5- 2.5(3) mg/3ml	3 B/D	albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proventil HFA)	3 QL
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3 QL	albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3 QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3 QL	albuterol sulfate NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml albuterol sulfate NEBU .083% albuterol sulfate SYRP 2mg/5ml	3 B/D 2 GC B/D 2 GC
<b>ANTOCOLINÉRGICOS</b>			
ATROVENT HFA AERS 17mcg/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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
albuterol sulfate TABS 2mg, 4mg	4	KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5 QL PA
arformoterol tartrate NEBU 15mcg/2ml	4 B/D	OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5 QL PA
BROVANA NEBU 15mcg/2ml	5 B/D	ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5 QL PA
formoterol fumarate NEBU 20mcg/2ml	5 B/D	ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5 QL PA
levalbuterol hcl NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4 B/D	ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5 QL PA
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3 QL	ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5 QL PA
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3 QL	pirfenidone TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5 QL PA
terbutaline sulfate TABS 2.5mg, 5mg	4	pirfenidone TABS 534mg, 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3 QL	PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5 LA PA
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3 QL	PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5 PA
<b>MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS</b>			
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	3	SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5 QL LA PA
montelukast sodium PACK 4mg	4	SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5 QL LA PA
montelukast sodium TABS 10mg	1 GC	SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	3	THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4
<b>VARIOS</b>			
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	3 B/D	theophylline SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5 LA PA	theophylline TB24 400mg, 600mg	3
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	3 B/D	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5 QL LA PA
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5 QL LA PA
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5 LA PA
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	ZEMAIRA SOLR 1000mg	5 LA PA
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5 QL PA	<b>ESTEROIDES NASALES</b>	
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5 QL PA	flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3 QL
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5 QL PA		
FASENRA SOSY 30mg/ml	5 LA PA		
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5 LA PA		
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5 QL PA		

**PA - Autorización Previa**

**QL - Cantidad Limitada**

**ST - Terapia Escalonada**

**B/D -**

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA - Disponibilidad Limitada**

**ED -**

Medicamento Excluido **GC - Cobertura de Brecha**

**SI - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed**

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2 GC QL	BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 días)	3 QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4 QL	SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4 QL	SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL
<b>ESTEROIDES INHALADOS</b>			
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3 QL	DE USO TÓPICO <b>DERMATOLOGÍA, ACNÉ</b>	
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4 B/D	accutane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4 PA
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3 QL	amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4 PA
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3 QL	avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4 QL PA
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3 QL	benzoyl peroxide-erythromycin gel 5- 3% QL (46.6 gm / 30 días)	4 QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4 QL	claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4 PA
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4 QL	clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4 QL
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA</b>			
ADVAIR DISKU AER 100/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3 QL	clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3 QL
ADVAIR DISKU AER 250/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3 QL	ery PADS 2% QL (60 pledgets / 30 días)	3 QL
ADVAIR DISKU AER 500/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3 QL	erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3 QL
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL	isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4 PA
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL	myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4 PA
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3 QL	sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10% QL (118 mL / 30 días)	4 QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 días)	3 QL	tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4 QL PA
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS</b>			
<i>gentamicin sulfate (topical)</i> CREA .1% QL (30 gm / 30 días)			

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D** -

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**LA** - Disponibilidad Limitada

**ED** -

Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicare Premium Saver Broward County (HMO). Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y

Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
gentamicin sulfate (topical) OINT .1% QL (30 gm / 30 días)	3 QL	<b>DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA</b>	
mupirocin OINT 2% QL (220 gm / 30 días)	2 GC QL	ketoconazole (topical) SHAM 2% QL (120 mL / 30 días)	2 GC QL
silver sulfadiazine CREA 1%	2 GC	selenium sulfide LOTN 2.5%	2 GC
ssd CREA 1%	2 GC	<b>DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES</b>	
SULFAMYLYON CREA 85mg/gm QL (453.6 gm / 30 días)	4 QL	ala-cort CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	1 GC
<b>DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS</b>		ala-cort CREA 2.5% QL (120 gm / 30 días)	2 GC
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 días)	3 QL	alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	3 QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone dipropionate (topical)</b> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3 QL
clotrimazole (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone dipropionate (topical)</b> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	3 QL
clotrimazole (topical) SOLN 1% QL (30 mL / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone dipropionate (topical)</b> OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4 QL
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% QL (45 gm / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone dipropionate</b> <i>augmented</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	2 GC QL
ketoconazole (topical) CREA 2% QL (60 gm / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone dipropionate</b> <i>augmented</i> GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4 QL
nyamyc POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone dipropionate</b> <i>augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	4 QL
nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone valerate</b> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 días)	3 QL
nystatin (topical) POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3 QL	<b>betamethasone valerate</b> LOTN .1% QL (120 mL / 30 días)	3 QL
nystop POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)	3 QL	<b>clobetasol propionate</b> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3 QL
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIPISORIÁSICOS</b>		<b>clobetasol propionate</b> GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4 QL
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4 PA	<b>clobetasol propionate</b> SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	3 QL
calcipotriene OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4 QL PA	<b>clobetasol propionate e</b> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3 QL
calcipotriene SOLN .005% QL (120 mL / 30 días)	4 QL PA	<b>ENSTILAR AER</b> QL (120 gm / 30 días)	4 QL PA
calcitrene OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4 QL PA		
tazarotene CREA .1% QL (60 gm / 30 días)	3 QL PA		
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	4 QL PA		

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

Medicare 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

**ED** -

**SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed

Medicamento	Nivel Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
fluocinolone acetonide CREA .01% QL (60 gm / 30 días)	4 QL	lidocaine hcl GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	4 QL PA
fluocinolone acetonide CREA .025% QL (120 gm / 30 días)	4 QL	lidocaine hcl SOLN 4% QL (50 mL / 30 días)	3 QL PA
fluocinolone acetonide OIL .01% QL (118.28 mL / 30 días)	3 QL	lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5% QL (30 gm / 30 días)	3 QL PA
fluocinolone acetonide OINT .025% QL (120 gm / 30 días)	3 QL	<b>DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS</b>	
fluocinolone acetonide SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)	4 QL	azelaic acid GEL 15% QL (50 gm / 30 días)	4 QL
fluocinonide CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3 QL	bexarotene (topical) GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5 QL PA
fluocinonide GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4 QL	diclofenac sodium (topical) GEL 1% QL (1000 gm / 30 días)	3 QL PA
fluocinonide SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3 QL	FINACEA FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4 QL
fluocinonide emulsified base CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3 QL	fluorouracil (topical) CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4 QL
fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%	3	fluorouracil (topical) SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3 QL
halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4 QL	hydrocortisone (rectal) CREA 2.5% QL (24 paquetes / 30 días)	2 GC
hydrocortisone (topical) CREA 1% hydrocortisone (topical) CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	1 GC 2 GC	imiquimod CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3 QL
mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	lactic acid (ammonium lactate) CREA 12% lactic acid (ammonium lactate) LOTN 12%	2 GC 3
triamcinolone acetonide (topical) CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2 GC QL	metronidazole (topical) CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4 QL
triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2 GC	metronidazole (topical) GEL .75% QL (45 gm / 30 días)	3 QL
triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%	3	metronidazole (topical) LOTN .75% QL (59 mL / 30 días)	4 QL
triderm CREA .5%	2 GC	NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5 QL
<b>DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES</b>		PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5 QL PA
glydo PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4 QL PA	podofilox SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3 QL
lidocaine OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4 QL PA	procto-med hc CREA 2.5% procto-pak CREA 1% proctosol hc CREA 2.5% proctozone-hc CREA 2.5%	3 3 3 3
lidocaine PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	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	Medicamento	Nivel Requisitos/ límites
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4 QL	<b>VITAMINAS</b>	
rosadan CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4 QL	<b>COMPLEJO DE VITAMINA B</b>	
tacrolimus (topical) OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4 QL	cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml folic acid TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	2 ED GC 1 ED GC QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5 QL PA	<b>VITAMINA D</b>	
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5 QL LA PA	ergocalciferol CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2 ED GC QL
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5 QL	<b>ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K</b>	
		phytonadione TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	4 ED QL
<b>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS</b>			
malathion LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4 QL		
permethrin CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3 QL		
<b>DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDADO DE HERIDAS</b>			
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5 QL PA		
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4 QL		
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	3		
water for irrigation, sterile irrigation soln	2 GC		
<b>AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES</b>			
cevimeline hcl CAPS 30mg	4		
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1 GC		
clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4 QL		
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	2 GC		
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	3		
periogard SOLN .12%	1 GC		
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	3		
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	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.

## ÍNDICE

<b>A</b>	
abacavir sulfate.....	13
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	14
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg....	14
ABELCET .....	13
ABILITY MAINTENA.....	32
abiraterone acetate.....	18
ABRAXANE INJ 100MG.	18
acamprosate calcium.....	36
acarbose.....	37
accutane .....	55
acebutolol hcl.....	25
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	11
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	11
acetazolamide .....	26
acetic acid.....	46
acetic acid (otic).....	52
acetylcysteine .....	54
acitretin.....	56
ACTHIB INJ .....	49
ACTIMMUNE .....	49
acyclovir.....	15
acyclovir sodium .....	15
ADACEL INJ.....	49
adefovir dipivoxil.....	15
ADEMPAS .....	27
ADRENALIN .....	26
adriamycin .....	17
ADVAIR DISKU AER 100/50 .....	55
ADVAIR DISKU AER 250/50 .....	55
ADVAIR DISKU AER 500/50 .....	55
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	55
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	55
ADVAIR HFA AER 45/21	55
AFINITOR .....	19
AFINITOR DISPERZ .....	19
afirmelle .....	40
AIMOVIG .....	35
ala-cort.....	56
albendazole .....	11
albuterol sulfate .....	53, 54
alclometasone dipropionate .....	56
ALDURAZYME .....	43
ALECENSA .....	19
alendronate sodium .....	39
alfuzosin hcl.....	46
ALIMTA.....	17
aliskiren fumarate .....	26
allopurinol .....	10
alosetron hcl .....	45
ALPHAGAN P .....	52
alprazolam.....	27
ALREX.....	52
altavera.....	40
ALTOPREV .....	25
ALUNBRIG .....	19
ALUNBRIG PAK .....	19
alyacen 1/35 .....	40
alyacen 7/7/7 .....	40
amabelz.....	42
amantadine hcl .....	31
AMBISOME .....	13
ambrisentan.....	27
amikacin sulfate.....	11
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	26
amiloride hcl.....	26
amiodarone hcl .....	24
amitriptyline hcl.....	30
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 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- benazepril hcl cap 10-20 mg .....	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg .....	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg .....	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg .....	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg .....	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg .....	22
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg .....	23
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg .....	23

<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-20 mg</i> .....22	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-40 mg</i> .....22	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>	
.....23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>	
.....23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-12.5 mg</i> .....23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-25 mg</i> .....23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-320-25 mg</i> .....23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-12.5 mg</i> .....23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-25 mg</i> .....23	
<i>amnesteem</i> .....55	
<i>amoxapine</i> .....30	
<i>amoxicillin</i> .....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>chew tab 200-28.5 mg</i> 16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>chew tab 400-57 mg</i> ....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
.....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
.....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
.....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
.....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 250-125 mg</i> .....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 500-125 mg</i> .....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 875-125 mg</i> .....16	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
.....16	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 10 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 15 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 20 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 25 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 30 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 5 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>10 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>12.5 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>15 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>20 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>30 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab 5</i>	
<i>mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>7.5 mg</i> .....34	
<i>amphotericin b</i> .....13	
<i>amphotericin b liposome</i> 13	
<i>ampicillin</i> .....16	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5)</i>	
<i>gm</i> .....16	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	
.....16	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-</i>	
<i>0.5) gm</i> .....16	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 15 (10-</i>	
<i>5) gm</i> .....16	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 3 (2-1)</i>	
<i>gm</i> .....16	
<i>ampicillin sodium</i> .....16	
<i>anagrelide hcl</i> .....47	
<i>anastrozole</i> .....18	
<i>ANDRODERM</i> .....37	
<i>ANORO ELLIPT AER</i> 62.5-	
25 .....	53
<i>aprepitant</i> .....44	
<i>aprepitant capsule therapy</i>	
<i>pack 80 &amp; 125 mg</i> .....44	
<i>apri</i> .....40	
<i>APTIOM</i> .....28	
<i>APTIVUS</i> .....13	
<i>ARALAST NP</i> .....54	
<i>aranelle</i> .....40	
<i>ARCALYST</i> .....49	
<i>arformoterol tartrate</i> .....54	
<i>ariPIPRAZOLE</i> .....32	
<i>ARISTADA</i> .....32	
<i>ARISTADA INITIO</i> .....32	
<i>armodafinil</i> .....36	
<i>ARNUITY ELLIPTA</i> .....55	
<i>asenapine maleate</i> .....32	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>	
<i>12hr 25-200 mg</i> .....47	
<i>atazanavir sulfate</i> .....13	
<i>atenolol</i> .....25	
<i>atenolol &amp; chlorthalidone</i>	
<i>tab 100-25 mg</i> .....25	

atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg	25
atomoxetine hcl	34
atorvastatin calcium	25
atovaquone	12
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg	13
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg	13
ATROPINE SULFATE	52
atropine sulfate	
(ophthalmic)	52
ATROVENT HFA	53
aubra eq	40
aurovela 1/20	40
aurovela fe 1.5/30	40
aurovela fe 1/20	40
AUSTEDO	36
AVASTIN	19
aviane	40
avita	55
ayuna	40
AYVAKIT	19
azacitidine	17
azathioprine	49
azelaic acid	57
azelastine hcl	53
azelastine hcl (ophth)	52
azithromycin	16
aztreonam	12
azurette	40
<b>B</b>	
bacitracin (ophthalmic)	51
bacitracin-polymyxin b	
ophth oint	51
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	51
baclofen	36
balsalazide disodium	45
BALVERSA	19
balziva	40
BARACLUDE	15
BASAGLAR KWIKPEN	39
BCG VACCINE	49
BD ALCOHOL SWABS	39
BELSOMRA	35
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab 5-6.25mg	22
benazepril hcl	22
BENDEKA	17
BENLYSTA	49
benzoyl peroxide-	
erythromycin gel 5-3%	55
benztropine mesylate	31
bepotastine besilate	52
BEPREVE	52
BERINERT	47
BESIVANCE	51
BESREMI	18
betaine powder for oral solution	43
betamethasone dipropionate (topical)	56
betamethasone dipropionate augmented	56
betamethasone valerate	56
BETASERON	36
betaxolol hcl (ophth)	52
bethanechol chloride	46
BETOPTIC-S	52
BEVESPI AER 9-4.8MCG	53
bexarotene	18
bexarotene (topical)	57
BEXSERO INJ	49
bicalutamide	18
BICILLIN L-A	16
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	14
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	14
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab 10-6.25 mg	25
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab 2.5-6.25 mg	25
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab 5-6.25 mg	25
bisoprolol fumarate	25
BIVIGAM	48
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	
.....	51
blisovi fe 1.5/30	40
BOOSTRIX INJ	49
bortezomib	19
BORTEZOMIB	19
bosentan	27
BOSULIF	19
BRAFTOVI	19
BREO ELLIPTA INH 100-25	55
BREO ELLIPTA INH 200-25	55
BREZTRI AERO AER SPHERE	53
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	
.....	53
briellyn	40
BRILINTA	47
brimonidine tartrate	52
brinzolamide	52
BRIVIACT	28
bromfenac sodium (ophth)	
.....	52
bromocriptine mesylate	32
BROMSITE	52
BROVANA	54
BRUKINSA	19
budesonide	45
budesonide (inhalation)	55
bumetanide	26
buprenorphine hcl	36
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv)	37
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv)	36

buprenorphine hcl-	carb/levo orally	cefdinir .....
naloxone hcl sl film 4-1	disintegrating tab 25-	15
mg (base equiv) .....	250mg .....	15
buprenorphine hcl-	CARBAGLU .....	cefpeme hcl.....
naloxone hcl sl film 8-2	43	15
mg (base equiv) .....	carbamazepine .....	cefixime .....
buprenorphine hcl-	28	15
naloxone hcl sl tab 2-0.5	carbidopa .....	cefoxitin sodium.....
mg (base equiv) .....	32	15
buprenorphine hcl-	carbidopa & levodopa tab	cefpodoxime proxetil.....
naloxone hcl sl tab 8-2	10-100 mg.....	15
mg (base equiv) .....	32	cefprozil .....
bupropion hcl .....	carbidopa & levodopa tab	15
bupropion hcl (smoking	25-100 mg.....	ceftazidime.....
deterrent) .....	32	CEFTAZIDIME/ SOL D5W
buspirone hcl .....	carbidopa & levodopa tab	1GM .....
butorphanol tartrate .....	25-250 mg.....	15
BYDUREON BCISE.....	carbidopa & levodopa tab	CEFTAZIDIME/ SOL D5W
BYETTA.....	er 25-100 mg.....	2GM .....
<b>C</b>	carbidopa & levodopa tab	15
cabergoline .....	er 50-200 mg.....	ceftriaxone sodium.....
CABOMETYX .....	carbidopa-levodopa-	15
calcipotriene .....	entacapone tabs 12.5-	cefuroxime axetil.....
calcitonin (salmon) spray	50-200 mg.....	15
calcitrene .....	carbidopa-levodopa-	cefuroxime sodium.....
calcitriol.....	entacapone tabs 18.75-	celecoxib.....
calcium acetate (phosphate	75-200 mg.....	10
binder).....	32	CELONTIN.....
CALQUENCE .....	carbidopa-levodopa-	28
camila .....	entacapone tabs 25-100-	cephalexin.....
candesartan cilexetil .....	200 mg .....	15, 16
candesartan cilexetil-	carbidopa-levodopa-	CERDELGA .....
hydrochlorothiazide tab	entacapone tabs 18.75-	43
16-12.5 mg.....	75-200 mg.....	CEREZYME .....
candesartan cilexetil-	32	cetirizine hcl.....
hydrochlorothiazide tab	carbidopa-levodopa-	53
32-12.5 mg.....	entacapone tabs 25-100-	cevimeline hcl.....
candesartan cilexetil-	200 mg .....	58
hydrochlorothiazide tab	carbidopa-levodopa-	CHANTIX TAB 0.5& 1MG
32-25 mg.....	entacapone tabs 25-100-	.....
CAPLYTA .....	200 mg .....	37
CAPRELSA .....	carboplatin .....	chateal.....
captopril .....	carglumic acid.....	40
carb/levo orally	carteolol hcl (ophth) .....	CHEMET .....
disintegrating tab 10-	52	40
100mg .....	cartia xt .....	chlorhexidine gluconate
carb/levo orally	carvedilol .....	(mouth-throat) .....
disintegrating tab 25-	caspofungin acetate.....	58
100mg .....	CAYSTON .....	chloroquine phosphate ...

<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>dexamethasone otic susp</i>	
<i>0.3-0.1%</i> .....53	
<i>cisplatin</i> .....17	
<i>citalopram hydrobromide</i> 30	
<i>claravis</i> .....55	
<i>clarithromycin</i> .....16	
<i>clindamycin hcl</i> .....12	
<i>clindamycin palmitate</i>	
<i>hydrochloride</i> .....12	
<i>clindamycin phosphate</i> ...12	
<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>(topical)</i> .....55	
<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	
.....12	
<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	
.....12	
<i>clindamycin phosphate in</i>	
<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	
.....12	
<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>vaginal</i> .....46	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>	
<i>300/50ML</i> .....12	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>	
<i>600/50ML</i> .....12	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>	
<i>900/50ML</i> .....12	
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D10</i> ..51	
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D5W</i> .51	
<i>CLINIMIX INJ 5%/D15W</i> .51	
<i>CLINIMIX INJ 5%/D20W</i> .51	
<i>CLINIMIX INJ 6/5</i> .....51	
<i>CLINIMIX INJ 8/10</i> .....51	
<i>CLINIMIX INJ 8/14</i> .....51	
<i>clinisol sf 15%</i> .....51	
<i>CLINOLIPID EMU 20%</i> ...51	
<i>clobazam</i> .....28	
<i>clobetasol propionate</i> ....56	
<i>clobetasol propionate e</i> ...56	
<i>clomipramine hcl</i> .....30	
<i>clonazepam</i> .....28	
<i>clonidine</i> .....27	
<i>clonidine hcl</i> .....27	
<i>clopidogrel bisulfate</i> .....47	
<i>clorazepate dipotassium</i> .28	
<i>clotrimazole</i> .....58	
<i>clotrimazole (topical)</i> .....56	
<i>clotrimazole w/</i>	
<i>betamethasone cream 1-</i>	
<i>0.05%</i> .....56	
<i>clozapine</i> .....32, 33	
<i>COARTEM TAB 20-120MG</i>	
.....13	
<i>colchicine</i> .....10	
<i>colchicine w/ probenecid</i>	
<i>tab 0.5-500 mg</i> .....10	
<i>colesevelam hcl</i> .....25	
<i>colestipol hcl</i> .....25	
<i>colistimethate sodium</i> ....12	
<i>COMBIGAN SOL 0.2/0.5%</i>	
.....52	
<i>COMBIVENT AER 20-100</i>	
.....53	
<i>COMETRIQ (60MG DOSE)</i>	
.....19	
<i>COMETRIQ KIT 100MG</i> .19	
<i>COMETRIQ KIT 140MG</i> .19	
<i>COMPLERA TAB</i> .....14	
<i>compro</i> .....44	
<i>constulose</i> .....45	
<i>COPIKTRA</i> .....19	
<i>CORLANOR</i> .....27	
<i>COTELLIC</i> .....19	
<i>CREON CAP 12000UNT</i> 46	
<i>CREON CAP 24000UNT</i> 46	
<i>CREON CAP 3000UNIT</i> .45	
<i>CREON CAP 36000UNT</i> 46	
<i>CREON CAP 6000UNIT</i> .46	
<i>cromolyn sodium</i> .....54	
<i>cromolyn sodium</i>	
<i>(mastocytosis)</i> .....45	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 52	
<i>cryselle-28</i> .....40	
<i>cyanocobalamin</i> .....58	
<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....36	
<i>cyclophosphamide</i> .....17	
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i> .17	
<i>CYCLOPHOSPHAMIDE</i>	
<i>MONOHYDR</i> .....17	
<i>cycloserine</i> .....14	
<i>cyclosporine</i> .....49	
<i>cyclosporine modified (for</i>	
<i>microemulsion)</i> .....49	
<i>cyproheptadine hcl</i> .....53	
<i>cyred eq</i> .....40	
<b>CYSTADANE POW</b> .....43	
<b>CYSTADROPS</b> .....52	
<b>CYSTAGON</b> .....43	
<b>CYSTARAN</b> .....52	
<i>cytarabine</i> .....17	
<b>D</b>	
<i>D10W/NACL INJ 0.2%</i> ...50	
<i>D2.5W/NACL INJ 0.45%</i> .50	
<i>D5W/LYTES INJ #48</i> .....50	
<i>dabigatran etexilate</i>	
<i>mesylate</i> .....46	
<i>dalfampridine</i> .....36	
<b>DALIRESP</b> .....54	
<i>danazol</i> .....42	
<i>dantrolene sodium</i> .....36	
<i>dapsone</i> .....12	
<b>DAPTACEL INJ</b> .....49	
<i>daptomycin</i> .....12	
<b>DAPTO MYCIN</b> .....12	
<i>darifenacin hydrobromide</i>	
.....46	
<i>dasetta 1/35</i> .....40	
<i>dasetta 7/7/7</i> .....40	
<b>DAURISMO</b> .....19	
<i>deblitane</i> .....40	
<i>deferasirox</i> .....40	
<b>DELESTROGEN</b> .....42	
<b>DELSTRIGO TAB</b> .....14	
<b>DENGVAXIA SUS</b> .....49	
<b>DESCO VY TAB 120-15MG</b>	
.....14	
<b>DESCO VY TAB 200/25MG</b>	
.....14	
<i>desipramine hcl</i> .....30	
<i>desloratadine</i> .....53	
<i>desmopressin acetate</i> ....43	
<i>desmopressin acetate</i>	
<i>spray</i> .....43	
<i>desmopressin acetate</i>	
<i>spray refrigerated</i> .....43	
<i>desogest-eth estrad &amp; eth</i>	
<i>estradiol tab 0.15-0.02/0.01</i>	
<i>mg(21/5)</i> .....40	
<i>desogestrel &amp; ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>	
<i>mcg</i> .....40	
<i>desvenlafaxine succinate</i> 31	
<i>dexamethasone</i> .....42	

DEXAMETHASONE	
INTENSOL .....	42
dexamethasone sodium	
phosphate .....	42
dexamethasone sodium	
phosphate (ophth).....	52
dexlansoprazole.....	46
dexamethylphenidate hcl..	34
dextrose.....	51
dextrose 10% w/ sodium	
chloride 0.45% .....	50
dextrose 2.5% w/ sodium	
chloride 0.45% .....	50
dextrose 5% in lactated	
ringers .....	50
dextrose 5% w/ sodium	
chloride 0.2% .....	50
dextrose 5% w/ sodium	
chloride 0.225% .....	50
dextrose 5% w/ sodium	
chloride 0.3% .....	50
dextrose 5% w/ sodium	
chloride 0.45% .....	50
dextrose 5% w/ sodium	
chloride 0.9% .....	50
DIACOMIT .....	28
diazepam.....	28
diazepam (anticonvulsant)	
.....	28
diazepam inj .....	28
diazoxide .....	43
diclofenac potassium .....	10
diclofenac sodium.....	10
diclofenac sodium (ophth)	
.....	52
diclofenac sodium (topical)	
.....	57
diclofenac w/ misoprostol	
tab delayed release 50-	
0.2 mg .....	10
diclofenac w/ misoprostol	
tab delayed release 75-	
0.2 mg .....	10
dicloxacillin sodium.....	16
dicyclomine hcl .....	45
DIFICID.....	16
diflunisal.....	10
difluprednate.....	52
digitek .....	27
digoxin .....	27
dihydroergotamine	
mesylate.....	35
DILANTIN .....	28
DILANTIN INFATABS .....	28
DILANTIN-125 .....	28
diltiazem hcl.....	26
diltiazem hcl coated beads	
.....	26
diltiazem hcl extended	
release beads.....	26
dilt-xr.....	26
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	
.....	49
diphenhydramine hcl.....	53
diphenoxylate w/ atropine	
liq 2.5-0.025 mg/5ml....	45
diphenoxylate w/ atropine	
tab 2.5-0.025 mg .....	45
dipyridamole .....	47
disopyramide phosphate.	24
disulfiram .....	37
divalproex sodium.....	28
docetaxel .....	18
DOCETAXEL .....	18
dofetilide .....	24
donepezil hydrochloride..	30
DOPTELET .....	47
dorzolamide hcl.....	52
dorzolamide hcl-timolol	
maleate ophth soln 22.3-	
6.8 mg/ml .....	52
dotti.....	42
DOVATO TAB 50-300MG	
.....	14
doxazosin mesylate .....	22
doxepin hcl .....	31
doxepin hcl (sleep).....	35
doxercalciferol.....	44
doxorubicin hcl.....	17
doxorubicin hcl liposomal	17
doxy 100.....	17
doxycycline (monohydrate)	
.....	17
doxycycline hyclate.....	17
DRIZALMA SPRINKLE .....	31
dronabinol.....	44
drospirenone-ethinyl	
estradiol tab 3-0.02 mg	40
drospirenone-ethinyl	
estradiol tab 3-0.03 mg	40
DROXIA .....	47
droxidopa .....	27
duloxetine hcl.....	31
dutasteride .....	46
dutasteride-tamsulosin hcl	
cap 0.5-0.4 mg .....	46
E	
e.e.s. 400.....	16
ec-naproxen.....	10
EDARBI .....	24
EDARBYCLOR TAB 40-	
12.5 .....	23
EDARBYCLOR TAB 40-	
25MG .....	23
EDURANT .....	13
efavirenz .....	13
efavirenz-emtricitabine-	
tenofovir df tab 600-200-	
300 mg .....	14
efavirenz-lamivudine-	
tenofovir df tab 400-300-	
300 mg .....	14
efavirenz-lamivudine-	
tenofovir df tab 600-300-	
300 mg .....	14
elinest .....	40
ELIQUIS .....	47
ELIQUIS STARTER PACK	
.....	47
ELLA .....	40
eluryng .....	40
EMCYT .....	18
emoquette .....	40
EMSAM .....	31
emtricitabine .....	13
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
100-150 mg .....	14
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
133-200 mg .....	14
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
167-250 mg .....	14
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
200-300 mg .....	14

EMTRIVA	13
EMVERM	12
enalapril maleate	22
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
10-25 mg	22
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
5-12.5 mg	22
ENBREL	48
ENBREL MINI	48
ENBREL SURECLICK	48
ENDARI	47
endocet tab 10-325mg	11
endocet tab 2.5-325mg	11
endocet tab 5-325mg	11
endocet tab 7.5-325mg	11
ENGERIX-B	49
enoxaparin sodium	47
enpresso-28	40
enskyce	40
ENSTILAR AER	56
entacapone	32
entecavir	15
ENTRESTO TAB 24-26MG	23
ENTRESTO TAB 49-51MG	23
ENTRESTO TAB 97-	
103MG	23
enulose	45
EPCLUSA PAK 150-37.5	15
EPCLUSA PAK 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 200-50MG	15
EPCLUSA TAB 400-100	15
EPIDIOLEX	28
epinephrine (anaphylaxis)	54
epirubicin hcl	17
epitol	28
EPIVIR HBV	15
eplerenone	22
EPRONTIA	28
ergocalciferol	58
ergotamine w/ caffeine tab	
1-100 mg	35
ERIVEDGE	19
ERLEADA	18
erlotinib hcl	19
errin	40
ertapenem sodium	12
ery	55
ery-tab	16
ERYTHROCIN	
LACTOBIONATE	16
erythrocin stearate	16
erythromycin (acne aid)	55
erythromycin (ophth)	51
erythromycin base	16
erythromycin ethylsuccinate	
.....	16
erythromycin lactobionate	
.....	16
ESBRIET	54
escitalopram oxalate	31
esomeprazole magnesium	
.....	46
estarryla	40
estradiol	42
estradiol & norethindrone	
acetate tab 0.5-0.1 mg	42
estradiol & norethindrone	
acetate tab 1-0.5 mg	42
estradiol vaginal	42
estradiol valerate	42
ethambutol hcl	14
ethosuximide	28
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-35 mcg	40
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-50 mcg	40
etodolac	10
etonogestrel-ethinyl	
estradiol va ring 0.120-	
0.015 mg/24hr	40
etoposide	18
etravirine	13
EULEXIN	18
euthyrox	44
everolimus	19
everolimus	
(immunosuppressant)	.49
EVOTAZ TAB 300-150	14
exemestane	18
EXKIVITY	19
EZALLOR SPRINKLE	25
ezetimibe	25
ezetimibe-simvastatin tab	
10-10 mg	25
ezetimibe-simvastatin tab	
10-20 mg	25
ezetimibe-simvastatin tab	
10-40 mg	25
ezetimibe-simvastatin tab	
10-80 mg	25
F	
FABRAZYME	43
falmina	40
famciclovir	15
famotidine	45
famotidine in nacl 0.9% iv	
soln 20 mg/50ml	45
FANAPT	33
FANAPT PAK	33
FARXIGA	37
FASENRA	54
FASENRA PEN	54
febuxostat	10
felbamate	28
felodipine	26
femynor	40
fenofibrate	24
fenofibrate micronized	24
fentanyl	10
fentanyl citrate	11
fesoterodine fumarate	46
FETZIMA	31
FETZIMA CAP TITRATIO	
.....	31
FIASP FLEX INJ TOUCH	39
FIASP INJ 100/ML	39
FIASP PENFIL INJ U-100	
.....	39
FINACEA	57
finasteride	46
FINTEPLA	28
flac	53
FLAREX	52
FLEBOGAMMA DIF	48
flecainide acetate	24
FLOVENT DISKUS	55
FLOVENT HFA	55
fluconazole	13

<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>200 mg/100ml</i>	13
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>400 mg/200ml</i>	13
<i>flucytosine</i>	13
<i>fludrocortisone acetate</i>	42
<i>flunisolide (nasal)</i>	54
<i>fluocinolone acetonide</i>	57
<i>fluocinolone acetonide</i>	
<i>(otic)</i>	53
<i>fluocinonide</i>	57
<i>fluocinonide emulsified</i>	
<i>base</i>	57
<i>fluorometholone (ophth)</i>	52
<i>fluorouracil</i>	17
<i>fluorouracil (topical)</i>	57
<i>fluoxetine hcl</i>	31
<i>fluphenazine decanoate</i>	33
<i>fluphenazine hcl</i>	33
<i>flurbiprofen</i>	10
<i>flurbiprofen sodium</i>	52
<i>flutamide</i>	18
<i>fluticasone propionate</i>	57
<i>fluticasone propionate</i>	
<i>(nasal)</i>	55
<i>fluvastatin sodium</i>	25
<i>fluvoxamine maleate</i>	27
<i>folic acid</i>	58
<i>fondaparinux sodium</i>	47
<i>formoterol fumarate</i>	54
<i>FORTEO</i>	40
<i>FOSAMAX + D TAB 70-</i>	
<i>2800</i>	40
<i>FOSAMAX + D TAB 70-</i>	
<i>5600</i>	40
<i>fosamprenavir calcium</i>	13
<i>fosinopril sodium</i>	22
<i>fosinopril sodium &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	22
<i>fosinopril sodium &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	22
<i>FOTIVDA</i>	19
<i>FREAMINE III INJ 10%</i>	51
<i>fulvestrant</i>	18
<i>furosemide</i>	26
<i>furosemide inj</i>	26
<i>FUZEON</i>	13
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
<i>.....</i>	42
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	42
<i>FYCOMPA</i>	28
<b>G</b>	
<i> gabapentin</i>	28, 29
<i> galantamine hydrobromide</i>	
<i>.....</i>	30
<i> GAMASTAN INJ</i>	49
<i> GAMMAGARD LIQUID</i>	49
<i> GAMMAGARD S/D IGA</i>	
<i>LESS TH</i>	49
<i> GAMMAKED</i>	49
<i> GAMMAPLEX</i>	49
<i> GAMUNEX-C</i>	49
<i> ganciclovir sodium</i>	15
<i> GARDASIL 9 INJ</i>	49
<i> gatifloxacin (ophth)</i>	51
<i> GATTEX</i>	45
<i> GAUZE PADS 2</i>	39
<i> gavilyte-c</i>	45
<i> gavilyte-g</i>	45
<i> gavilyte-n/flavor pack</i>	45
<i> GAVRETO</i>	19
<i> gemcitabine hcl</i>	17
<i> gemfibrozil</i>	24
<i> generlac</i>	45
<i> gengraf</i>	49
<i> GENOTROPIN</i>	43
<i> GENOTROPIN MINIQUICK</i>	
<i>.....</i>	43
<i> gentak</i>	51
<i> gentamicin in saline inj 0.8</i>	
<i>mg/ml</i>	12
<i> gentamicin in saline inj 1</i>	
<i>mg/ml</i>	12
<i> gentamicin in saline inj 1.2</i>	
<i>mg/ml</i>	12
<i> gentamicin in saline inj 1.6</i>	
<i>mg/ml</i>	12
<i> gentamicin in saline inj 2</i>	
<i>mg/ml</i>	12
<i> gentamicin sulfate</i>	12
<i> gentamicin sulfate (ophth)</i>	
<i>.....</i>	51
<i> gentamicin sulfate (topical)</i>	
<i>.....</i>	55, 56
<i> GENVOYA TAB</i>	14
<i> GILENYA</i>	36
<i> GILOTrif</i>	19
<i> glatiramer acetate</i>	36
<i> glatopa</i>	36
<i> glimepiride</i>	37
<i> glipizide</i>	37
<i> glipizide xl</i>	37
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i>2.5-250 mg</i>	37
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i>2.5-500 mg</i>	37
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i>5-500 mg</i>	37
<i> glycopyrrolate</i>	45
<i> glydo</i>	57
<i> GLYXAMBI TAB 10-5 MG</i>	
<i>.....</i>	37
<i> GLYXAMBI TAB 25-5 MG</i>	
<i>.....</i>	37
<i> GOLYTELY SOL</i>	45
<i> GRALISE</i>	36
<i> granisetron hcl</i>	44
<i> griseofulvin microsize</i>	13
<i> griseofulvin ultramicrosize</i>	
<i>.....</i>	13
<i> guanfacine hcl</i>	27
<i> guanfacine hcl (adhd)</i>	35
<i> GVOKE HYOPEN 2-</i>	
<i>PACK</i>	43
<i> GVOKE KIT</i>	43
<i> GVOKE PFS</i>	43
<b>H</b>	
<i> HAEGARDA</i>	47
<i> hailey 1.5/30</i>	40
<i> halobetasol propionate</i>	57
<i> haloperidol</i>	33
<i> haloperidol decanoate</i>	33
<i> haloperidol lactate</i>	33
<i> HARVONI PAK 33.75-</i>	
<i>150MG</i>	15
<i> HARVONI PAK 45-200MG</i>	
<i>.....</i>	15
<i> HARVONI TAB 45-200MG</i>	
<i>.....</i>	15
<i> HARVONI TAB 90-400MG</i>	
<i>.....</i>	15
<i> HAVRIX</i>	49
<i> heather</i>	41
<i> HEP SOD/D5W INJ</i>	
<i>20000UNT</i>	47

HEP SOD/D5W INJ	
25000UNT.....	47
HEP SOD/NACL INJ	
25000UNT.....	47
heparin sodium (porcine)	47
HEPARIN/NACL INJ	
25000UNT.....	47
hepatamine.....	51
HERCEP HYLEC SOL 60-	
10000 .....	19
HERCEPTIN.....	19
HERZUMA.....	19
HETLIOZ .....	35
HIBERIX .....	49
HUMIRA .....	48
HUMIRA PEDIA INJ	
CROHNS .....	48
HUMIRA PEDIATRIC	
CROHNS D.....	48
HUMIRA PEN .....	48
HUMIRA PEN KIT PS/UV	
.....	48
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	
START .....	48
HUMIRA PEN-PEDIATRIC	
UC S .....	48
HUMIRA PEN-PS/UV	
STARTER .....	48
HUMULIN R U-500	
(CONCENTR.....	39
HUMULIN R U-500	
KWIKPEN .....	39
hydralazine hcl.....	27
hydrochlorothiazide.....	26
hydrocodone bitartrate....	10
hydrocodone-	
acetaminophen soln 7.5-	
325 mg/15ml .....	11
hydrocodone-	
acetaminophen tab 10-	
325 mg .....	11
hydrocodone-	
acetaminophen tab 5-325	
mg .....	11
hydrocodone-	
acetaminophen tab 7.5-	
325 mg .....	11
hydrocodone-ibuprofen tab	
7.5-200 mg.....	11
hydrocortisone .....	42
hydrocortisone ( <i>intrarectal</i> )	
.....	45
hydrocortisone ( <i>rectal</i> ) ....	57
hydrocortisone ( <i>topical</i> ) ..	57
hydromorphone hcl.....	11
hydroxychloroquine sulfate	
.....	48
hydroxyurea.....	18
hydroxyzine hcl.....	53
hydroxyzine pamoate.....	53
HYSINGLA ER.....	10
I	
ibandronate sodium .....	40
IBRANCE.....	19
ibu.....	10
ibuprofen.....	10
icatibant acetate.....	47
iclevia.....	41
ICLUSIG .....	19
IDHIFA.....	19
ILEVRO .....	52
imatinib mesylate.....	19
IMBRUVICA.....	19, 20
imipenem-cilastatin	
<i>intravenous for soln 250</i>	
<i>mg .....</i>	12
imipenem-cilastatin	
<i>intravenous for soln 500</i>	
<i>mg .....</i>	12
imipramine hcl.....	31
imiquimod .....	57
IMOVAX RABIES	
(H.D.C.V.).....	49
incassia.....	41
INCRELEX.....	43
INCRUSE ELLIPTA .....	53
indapamide .....	26
INFANRIX INJ.....	49
INFLIXIMAB.....	48
INGREZZA .....	36
INGREZZA CAP 40-80MG	
.....	36
INLYTA .....	20
INQOVI TAB 35-100MG .17	
INREBIC .....	20
INSULIN SAFETY	
NEEDLES .....	39
INSULIN SYRINGES:	
BD/ULTIMED/ALLISON/	
TRIVIDIA/MHC .....	39
INTELENCE.....	13
INTRALIPID .....	51
INTRON A.....	49
introvale .....	41
INVEGA SUSTENNA.....	33
INVEGA TRINZA .....	33
INVIRASE .....	13
IPOL INJ INACTIVE .....	49
ipratropium bromide.....	53
ipratropium bromide ( <i>nasal</i> )	
.....	53
ipratropium-albuterol nebu	
soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	53
irbesartan.....	24
irbesartan-	
hydrochlorothiazide tab	
150-12.5 mg.....	23
irbesartan-	
hydrochlorothiazide tab	
300-12.5 mg.....	23
IRESSA .....	20
irinotecan hcl.....	18
ISENTRESS .....	13
ISENTRESS HD .....	13
isis bloom .....	41
ISOLYTE-P INJ /D5W....	50
ISOLYTE-S INJ.....	50
ISOLYTE-S INJ PH 7.4..	50
isoniazid.....	14
ISOPTO ATROPINE .....	52
isosorbide dinitrate.....	27
isosorbide mononitrate ..	27
isotretinoin .....	55
isradipine .....	26
itraconazole .....	13
ivermectin .....	12
IXIARO INJ .....	49
J	
JAKAFI .....	20
jantoven .....	47
JANUMET TAB 50-1000.	37
JANUMET TAB 50-500MG	
.....	37
JANUMET XR TAB 100-	
1000 .....	37

JANUMET XR TAB 50-	
1000 .....	37
JANUMET XR TAB 50-	
500MG .....	37
JANUVIA .....	37
JARDIANCE .....	37, 38
jasmiel .....	41
JENTADUETO TAB 2.5-	
1000 .....	38
JENTADUETO TAB 2.5-	
500 .....	38
JENTADUETO TAB 2.5-	
850 .....	38
JENTADUETO TAB XR	
2.5-1000MG .....	38
JENTADUETO TAB XR 5-	
1000MG .....	38
jinteli .....	42
jolessa .....	41
juleber .....	41
JULUCA TAB 50-25MG ..	14
junel 1.5/30 .....	41
junel 1/20 .....	41
junel fe 1.5/30 .....	41
junel fe 1/20 .....	41
<b>K</b>	
KADCYLA .....	20
KALYDECO .....	54
KANJINTI .....	20
kariva .....	41
kcl 10 meq/l (0.075%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj .....	50
kcl 20 meq/l (0.15%) in	
dextrose 5% & nacl 0.2%	
inj .....	50
kcl 20 meq/l (0.15%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj .....	50
kcl 20 meq/l (0.15%) in	
dextrose 5% & nacl 0.9%	
inj .....	50
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl	
0.45% inj .....	50
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN	
NAACL 0.45% INJ .....	50
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl	
0.9% inj .....	50
kcl 30 meq/l (0.224%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj .....	50
kcl 40 meq/l (0.3%) in	
dextrose 5% & nacl	
0.45% inj .....	50
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN	
NAACL 0.9% INJ .....	50
KCL/D5W/NAACL INJ	
0.3/0.9% .....	50
kelnor 1/35 .....	41
kelnor 1/50 .....	41
KERENDIA .....	22
KESIMPTA .....	36
ketococonazole .....	13
ketococonazole (topical) .....	56
ketorolac tromethamine	
(ophth) .....	52
KEYTRUDA .....	20
KINRIX INJ .....	49
KISQALI 200 DOSE .....	20
KISQALI 200 PAK	
FEMARA .....	18
KISQALI 400 DOSE .....	20
KISQALI 400 PAK	
FEMARA .....	18
KISQALI 600 DOSE .....	20
KISQALI 600 PAK	
FEMARA .....	18
klor-con .....	51
klor-con 10 .....	51
klor-con 8 .....	51
klor-con m10 .....	51
klor-con m15 .....	51
klor-con m20 .....	51
KORLYM .....	43
kurvelo .....	41
KYNMOBI .....	32
<b>L</b>	
labetalol hcl .....	25
lacosamide .....	29
lactated ringer's solution ..	50
lactic acid (ammonium	
lactate) .....	57
lactulose .....	45
lactulose (encephalopathy)	
..... .....	45
lamivudine .....	13
lamivudine (hbv) .....	15
lamivudine-zidovudine tab	
150-300 mg .....	14
lamotrigine .....	29
lansoprazole .....	46
lapatinib ditosylate .....	20
larin 1.5/30 .....	41
larin 1/20 .....	41
larin fe 1.5/30 .....	41
larin fe 1/20 .....	41
larissia .....	41
LASTACAF	
52	
latanoprost .....	52
LATUDA .....	33
leena .....	41
leflunomide .....	48
lenalidomide .....	18
LENVIMA 10 MG DAILY	
DOSE .....	20
LENVIMA 12MG DAILY	
DOSE .....	20
LENVIMA 20 MG DAILY	
DOSE .....	20
LENVIMA 4 MG DAILY	
DOSE .....	20
LENVIMA 8 MG DAILY	
DOSE .....	20
LENVIMA CAP 14 MG ..	20
LENVIMA CAP 18 MG ..	20
LENVIMA CAP 24 MG ..	20
lessina .....	41
letrozole .....	18
leucovorin calcium .....	21
LEUKERAN .....	17
leuprolide acetate .....	18
levalbuterol hcl .....	54
levalbuterol tartrate .....	54
LEVEMIR .....	39
LEVEMIR FLEXTOUCH ..	39
levetiracetam .....	29
levetiracetam in sodium	
chloride iv soln 1000	
mg/100ml .....	29
levetiracetam in sodium	
chloride iv soln 1500	
mg/100ml .....	29
levetiracetam in sodium	
chloride iv soln 500	
mg/100ml .....	29
levobunolol hcl .....	52

<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	43
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	53
<i>levofloxacin</i> .....	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....	16
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	16
<i>levonest</i> .....	41
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i> .....	41
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....	41
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	41
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....	41
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	41
<i>levo-t</i> .....	44
<i>levothyroxine sodium</i> .....	44
<i>levoxyl</i> .....	44
<i>LEXIVA</i> .....	13
<i>lidocaine</i> .....	57
<i>lidocaine hcl</i> .....	57
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	11
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	58
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	57
<i>lillow</i> .....	41
<i>linezolid</i> .....	12
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i> .....	12
<i>LINZESS</i> .....	45
<i>liothyronine sodium</i> .....	44
<i>lisinopril</i> .....	22
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	22
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	22
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	22
<i>LITHIUM</i> .....	36
<i>lithium carbonate</i> .....	36
<i>LIVALO</i> .....	25
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	41
<i>loestrin 1/20-21</i> .....	41
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	41
<i>loestrin fe 1/20</i> .....	41
<i>LOKELMA</i> .....	40
<i>LONSURF TAB 15-6.14</i> .17	
<i>LONSURF TAB 20-8.19</i> .17	
<i>loperamide hcl</i> .....	45
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	14
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i> .....	14
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i> .....	14
<i>lorazepam</i> .....	27, 28
<i>lorazepam intensol</i> .....	28
<i>LORBRENA</i> .....	20
<i>loryna</i> .....	41
<i>losartan potassium</i> .....	24
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....	23
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	23
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> .....	23
<i>LOTEMAX</i> .....	52
<i>lovastatin</i> .....	25
<i>low-ogestrel</i> .....	41
<i>loxapine succinate</i> .....	33
<i>LUMAKRAS</i> .....	20
<i>LUMIGAN</i> .....	52
<i>LUMIZYME</i> .....	43
<i>LUPRON DEPOT (1-MONTH)</i> .....	18
<i>LUPRON DEPOT (3-MONTH)</i> .....	18
<b>LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)</b> .....	43
<b>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)</b> .....	43
<i>lutera</i> .....	41
<i>lyleq</i> .....	41
<i>lyllana</i> .....	42
<i>LYNPARZA</i> .....	20
<i>LYSODREN</i> .....	18
<i>lyza</i> .....	41
<b>M</b>	
<i>magnesium sulfate</i> .....	50
<b>MAGNESIUM SULFATE</b> 50	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....	50
<i>malathion</i> .....	58
<i>maraviroc</i> .....	13
<i>marlissa</i> .....	41
<i>MARPLAN</i> .....	31
<i>MATULANE</i> .....	18
<i>matzim la</i> .....	26
<i>MAVYRET PAK 50-20MG</i> .....	15
<i>MAVYRET TAB 100-40MG</i> .....	15
<i>meclizine hcl</i> .....	44
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	44
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> .....	41
<i>mefloquine hcl</i> .....	13
<i>megestrol acetate</i> .....	18, 44
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	44
<i>MEKINIST</i> .....	20
<i>MEKTOVI</i> .....	20
<i>meloxicam</i> .....	10
<i>memantine hcl</i> .....	30
<i>MENACTRA INJ</i> .....	50
<i>MENQUADFI INJ</i> .....	50
<i>MENVEO INJ</i> .....	50
<i>mercaptopurine</i> .....	17
<i>meropenem</i> .....	12
<i>mesalamine</i> .....	45
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	45
<i>MESNEX</i> .....	21
<i>metadate er</i> .....	35
<i>metformin hcl</i> .....	38

<i>methadone hcl</i>	10
<i>methadone hydrochloride i</i>	10
<i>methazolamide</i>	26
<i>methenamine hippurate</i>	12
<i>methimazole</i>	44
<i>methotrexate sodium</i> 17, 48	
<i>methylphenidate hcl</i>	35
<i>methylprednisolone</i>	42
<i>methylprednisolone acetate</i>	42
<i>methylprednisolone sod succ</i>	43
<i>metoclopramide hcl</i>	44
<i>metolazone</i>	26
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	25
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>	25
<i>metoprolol &amp; hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>	25
<i>metoprolol succinate</i>	25
<i>metoprolol tartrate</i>	25
<i>metronidazole</i>	12
<i>metronidazole (topical)</i>	57
<i>metronidazole vaginal</i>	46
<i>metyrosine</i>	27
<i>MG SO4/D5W INJ 10MG/ML</i>	50
<i>micafungin sodium</i>	13
<i>microgestin 1.5/30</i>	41
<i>microgestin 1/20</i>	41
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	41
<i>microgestin fe 1/20</i>	41
<i>midodrine hcl</i>	27
<i>miglustat</i>	43
<i>mili</i>	41
<i>mimvey</i>	42
<i>minocycline hcl</i>	17
<i>minoxidil</i>	27
<i>mirtazapine</i>	31
<i>misoprostol</i>	45
<i>MITIGARE</i>	10
<i>M-M-R II INJ</i>	49
<i>M-NATAL PLUS TAB</i>	51
<i>modafinil</i>	36
<i>moexipril hcl</i>	22
<i>molindone hcl</i>	33
<i>mometasone furoate</i>	57
<i>mometasone furoate (nasal)</i>	55
<i>MONJUVI</i>	20
<i>mono-linyah</i>	41
<i>montelukast sodium</i>	54
<i>morphine sulfate</i>	10, 11
<i>MORPHINE SULFATE</i>	11
<i>MOVANTIK</i>	45
<i>moxifloxacin hcl</i>	16
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	51
<i>MULTAQ</i>	24
<i>mupirocin</i>	56
<i>MVASI</i>	20
<i>mycophenolate mofetil</i>	49
<i>mycophenolate sodium</i>	49
<i>myorisan</i>	55
<i>MYRBETRIQ</i>	46
<b>N</b>	
<i>nabumetone</i>	10
<i>nadolol</i>	25
<i>nafcillin sodium</i>	16, 17
<i>NAGLAZYME</i>	43
<i>nalbuphine hcl</i>	11
<i>naloxone hcl</i>	37
<i>naltrexone hcl</i>	37
<i>NAMZARIC CAP 14-10MG</i>	30
<i>NAMZARIC CAP 21-10MG</i>	30
<i>NAMZARIC CAP 28-10MG</i>	30
<i>NAMZARIC CAP 7-10MG</i>	30
<i>NAMZARIC CAP PACK</i>	30
<i>naproxen</i>	10
<i>naproxen sodium</i>	10
<i>naratriptan hcl</i>	35
<i>NATACYN</i>	51
<i>nateglinide</i>	38
<i>NATPARA</i>	40
<i>NAYZILAM</i>	29
<i>nebivolol hcl</i>	26
<i>necon 0.5/35-28</i>	41
<i>nefazodone hcl</i>	31
<i>neomycin sulfate</i>	12
<i>neomycin-bacitrac zn-polomyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	52
<i>neomycin-polomyx-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml</i>	52
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	51
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	51
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	51
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	53
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	53
<i>NERLYNX</i>	20
<i>NEUPRO</i>	32
<i>nevirapine</i>	13
<i>NEXAVAR</i>	20
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	25
<i>nicardipine hcl</i>	26
<i>NICOTROL INHALER</i>	37
<i>NICOTROL NS</i>	37
<i>nifedipine</i>	26
<i>nikki</i>	41
<i>nilutamide</i>	18
<i>nimodipine</i>	26
<i>NINLARO</i>	20
<i>nisoldipine</i>	26
<i>nitazoxanide</i>	12
<i>nitisinone</i>	43
<i>NITRO-BID</i>	27
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	12
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	12
<i>nitroglycerin</i>	27
<i>nizatidine</i>	45
<i>nora-be</i>	41
<i>norethindrone (contraceptive)</i>	41

<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....	41
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	41
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....	41
<i>norethindrone acetate</i> .....	44
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	42
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....	42
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....	41
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....	41
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....	41
<i>NORITATE</i> .....	57
<i>norlyroc</i> .....	41
<i>NORPACE CR</i> .....	24
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	41
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	41
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	41
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	41
<i>nortriptyline hcl</i> .....	31
<i>NORVIR</i> .....	13
<i>NOVOLIN INJ 70/30</i> .....	39
<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i> ..	39
<i>NOVOLIN N</i> .....	39
<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i> ..	39
<i>NOVOLIN R</i> .....	39
<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i> ..	39
<i>NOVOLOG</i> .....	39
<i>NOVOLOG FLEXPEN</i> ..	39
<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i> .....	39
<i>NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN</i> .....	39
<i>NOVOLOG PENFILL</i> .....	39
<i>NOXAFIL</i> .....	13
<i>NUBEQA</i> .....	18
<i>NUDEXTA CAP 20-10MG</i> .....	36
<i>NULOJIX</i> .....	49
<i>NULYTELY SOL LMN/LIME</i> .....	45
<i>NUPLAZID</i> .....	33
<i>NURTEC</i> .....	35
<i>NUTRILIPID</i> .....	51
<i>NUZYRA</i> .....	17
<i>nyamyc</i> .....	56
<i>nylia 1/35</i> .....	41
<i>nylia 7/7/7</i> .....	41
<i>NYMALIZE</i> .....	26
<i>nymyo</i> .....	41
<i>nystatin</i> .....	13
<i>nystatin (mouth-throat)</i> ....	58
<i>nystatin (topical)</i> .....	56
<i>nystop</i> .....	56
 <b>O</b>	
<i>ocella</i> .....	41
<i>OCTAGAM</i> .....	49
<i>octreotide acetate</i> .....	43
<i>ODEFSEY TAB</i> .....	14
<i>ODOMZO</i> .....	20
<i>OFEV</i> .....	54
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	52
<i>ofloxacin (otic)</i> .....	53
<i>OGIVRI</i> .....	20
<i>OGIVRI INJ 420MG</i> .....	20
<i>olanzapine</i> .....	33
<i>olmesartan medoxomil</i> ....	24
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	23
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	23
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .....	23
<i>olmesartanamlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> .....	23
<i>olmesartanamlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> .....	23
<i>olmesartanamlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> .....	23
 <i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> .....	23
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....	23
<i>olopatadine hcl</i> .....	52
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> ....	53
<i>omeprazole</i> .....	46
<i>OMNARIS</i> .....	55
<i>OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO</i> .....	39
<i>OMNIPOD 5 G6 MIS PODS</i> .....	39
 <b>OMNIPOD DASH KIT</b>	
<i>OMNIPOD DASH MIS PODS</i> .....	39
 <b>OMNIPOD MIS CLASSIC</b>	
<i>OMNIPOD PDM KIT CLASSIC</i> .....	39
<i>ondansetron</i> .....	44
<i>ondansetron hcl</i> .....	44
<i>ONTRUZANT</i> .....	20
<i>ONUREG</i> .....	17
<i>OPSUMIT</i> .....	27
<i>ORGOVYX</i> .....	18
<i>ORKAMBI GRA 100-125</i> ..	54
<i>ORKAMBI GRA 150-188</i> ..	54
<i>ORKAMBI TAB 100-125</i> ..	54
<i>ORKAMBI TAB 200-125</i> ..	54
<i>orsythia</i> .....	41
<i>oseltamivir phosphate</i> ....	15
<i>OTEZLA</i> .....	48
<i>OTEZLA TAB 10/20/30</i> ..	48
<i>oxacillin sodium</i> .....	17
<i>oxaliplatin</i> .....	17
<i>oxandrolone</i> .....	37
<i>oxaprozin</i> .....	10
<i>oxcarbazepine</i> .....	29
<i>oxybutynin chloride</i> .....	46
<i>oxycodone hcl</i> .....	11
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....	11
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> .....	11

oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg.....	11
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg.....	11
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	38
OZEMPIC (1MG/DOSE).....	38
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML .....	38
<b>P</b>	
pacerone.....	24
paclitaxel.....	18
PACLITAXEL INJ 100MG .....	18
paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg.....	18
paliperidone .....	33
pamidronate disodium ....	40
PAMIDRONATE DISODIUM .....	40
PANRETIN .....	57
pantoprazole sodium .....	46
PANZYGA .....	49
paraplatin.....	17
paricalcitol.....	44
paromomycin sulfate.....	12
paroxetine hcl .....	31
PASER .....	14
PAXIL .....	31
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	50
PEDVAX HIB .....	50
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm.....	45
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm....	45
PEGASYS .....	15
PEMAZYRE .....	20
pemetrexed disodium .....	18
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....	17
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML .....	17
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA.....	39
penicillamine.....	40
penicillin g potassium.....	17
PENICILLIN G PROCAINE .....	17
penicillin g sodium .....	17
penicillin v potassium.....	17
PENTACEL INJ .....	50
pentamidine isethionate inh .....	12
pentamidine isethionate inj .....	12
pentoxifylline.....	47
perindopril erbumine .....	22
periogard .....	58
permethrin .....	58
perphenazine .....	33
PERSERIS .....	33
pfizerpen.....	17
phenelzine sulfate.....	31
phenobarbital.....	29
phenobarbital sodium .....	29
PHENYTEK .....	29
phenytoin .....	29
phenytoin sodium.....	29
phenytoin sodium extended .....	29
PHESGO SOL .....	20
philith .....	41
phytonadione .....	58
PIFELTRO .....	13
pilocarpine hcl.....	52
pilocarpine hcl (oral) .....	58
pimozide .....	33
pimtrea.....	41
pindolol .....	26
pioglitazone hcl.....	38
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm).....	17
PIQRAY 200MG DAILY DOSE .....	20
PIQRAY 250MG TAB DOSE .....	20
PIQRAY 300MG DAILY DOSE .....	20
pirfenidone.....	54
pirmella 1/35.....	41
piroxicam .....	10
PLASMA-LYTE INJ -148 50	
PLASMA-LYTE INJ -A ....50	
plenamine .....	51
PLENU SOL .....	45
podofilox .....	57
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....	52
POMALYST .....	18
portia-28 .....	41
posaconazole.....	13
potassium chloride ....50, 51	
<b>POTASSIUM CHLORIDE</b> .....	50
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....	51
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	51
potassium citrate (alkalinizer).....	46
PRADAXA.....	47
PRALUENT.....	25
pramipexole dihydrochloride.....	32
prasugrel hcl .....	47
pravastatin sodium.....	25
praziquantel .....	12
prazosin hcl.....	22
prednisolone .....	43
prednisolone acetate (ophth).....	52
<b>PREDNISOLONE SODIUM PHOSP</b> .....	52
prednisolone sodium phosphate .....	43

<i>prednisone</i> .....43	<i>protriptyline hcl</i> .....31	RIABNI.....20
PREDNISONE INTENSOL .....	PULMICORT FLEXHALER .....	<i>ribavirin (hepatitis c)</i> .....15
.....43	.....55	rifabutin.....15
<i>pregabalin</i> .....29	PULMOZYME .....54	rifampin.....15
<i>pregabalin (once-daily)</i> .....36	PURIXAN.....18	riluzole .....36
PREHEVBARIO .....50	<i>pyrazinamide</i> .....14	<i>rimantadine hydrochloride</i> .....
PREMASOL SOL 10% ...51	<i>pyridostigmine bromide</i> ...36	.....15
PRENATAL TAB 27-1MG .....	<b>Q</b>	RINVOQ .....48
.....51	QINLOCK .....20	risedronate sodium .....40
PRENATAL TAB PLUS ..51	QUADRACEL INJ .....50	RISPERDAL CONSTA ..33
PRENATAL VIT TAB LOW	QUADRACEL INJ 0.5ML 50	<i>risperidone</i> .....33, 34
IRON .....	<i>quetiapine fumarate</i> .....33	ritonavir.....14
<i>prevalite</i> .....	<i>quinapril hcl</i> .....22	RITUXAN .....20
PREVYMIS .....15	<i>quinapril-</i>	RITUXAN INJ HYCELA ..20
PREZCOBIX TAB 800-150 .....	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>rivastigmine</i> .....30
.....14	10-12.5 mg .....	<i>rivastigmine tartrate</i> ..30
PREZISTA .....13, 14	<i>quinapril-</i>	<i>rizatriptan benzoate</i> ..35
PRIFTIN.....14	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>ropinirole hydrochloride</i> ..32
PRILOSEC .....46	20-12.5 mg .....	<i>rosadan</i> .....58
<i>primaquine phosphate</i> ....13	<i>quinapril-</i>	<i>rosuvastatin calcium</i> .....25
PRIMAQUINE	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	ROTARIX SUS .....
PHOSPHATE .....	20-25 mg .....	ROTATEQ SOL .....
<i>primidone</i> .....29	<i>quinidine sulfate</i> .....24	<i>roweepra</i> .....29
PRIORIX INJ .....	<i>quinine sulfate</i> .....13	ROZLYTREK .....
PRIVIGEN .....	<b>R</b>	RUBRACA .....
<i>probenecid</i> .....10	RABAVERT INJ .....	<i>rufinamide</i> .....
PROCALAMINE INJ 3% .51	<i>rabeprazole sodium</i> .....	RUKOBIA.....14
<i>prochlorperazine</i> .....44	<i>raloxifene hcl</i> .....43	RUXIENCE .....
<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	<i>ramipril</i> .....22	RYBELSUS.....38
.....44	<i>ranolazine</i> .....	RYDAPT .....
<i>prochlorperazine maleate</i> .....	<i>rasagiline mesylate</i> .....32	<b>S</b>
.....44	RAYALDEE .....	<i>sajazir</i> .....
PROCRT .....	<i>reclipsen</i> .....	SANDIMMUNE .....
<i>procto-med hc</i> .....57	RECOMBIVAX HB.....50	SANTYL.....58
<i>procto-pak</i> .....57	RECTIV .....	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....
<i>proctosol hc</i> .....	REGRANEX.....58	.....43
<i>protozone-hc</i> .....57	RELENZA DISKHALER ..15	SAVELLA .....
PROGRAF .....	RELISTOR.....45	SAVELLA MIS TITR PAK .....
PROLASTIN-C.....54	REMICADE.....48	.....36
PROLENSA .....	RENFLEXIS.....48	SCEMBLIX.....20
PROLIA .....	<i>repaglinide</i> .....	<i>scopolamine</i> .....
PROMACTA .....	RESTASIS.....52	SECUADO .....
<i>promethazine hcl</i> .....	RESTASIS MULTIDOSE 52	<i>selegiline hcl</i> .....
<i>propafenone hcl</i> .....24	RETEVMO.....20	32
<i>proparacaine hcl</i> .....52	REVLIMID.....18	<i>.selenium sulfide</i> .....
<i>propranolol hcl</i> .....26	REXULTI .....	56
<i>propylthiouracil</i> .....	REYATAZ .....	SELZENTRY .....
PROQUAD INJ .....	REZUROCK.....49	14
PROSOL INJ 20% .....	RHOPRESSA .....	SEREVENT DISKUS .....
51	52	54

<i>sharobel</i> .....42	STIVARGA .....21	SYNJARDY TAB 12.5-500 .....	38
SHINGRIX .....50	<i>streptomycin sulfate</i> .....12	SYNJARDY TAB 5-	
SIGNIFOR .....43	STRIBILD TAB.....14	1000MG .....38	
<i>sildenafil citrate</i> .....53	<i>subvenite</i> .....29	SYNJARDY TAB 5-500MG .....	38
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> .....27	<i>sucralfate</i> .....45	SYNJARDY XR TAB 10-	
<i>silodosin</i> .....46	<i>sulfacetamide sodium</i>	1000 .....38	
<i>silver sulfadiazine</i> .....56	( <i>acne</i> ) .....55	SYNJARDY XR TAB 12.5-	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%52	<i>sulfacetamide sodium</i>	1000MG .....38	
<i>simliya</i> .....42	( <i>ophth</i> ) .....52	SYNJARDY XR TAB 25-	
<i>simvastatin</i> .....25	<i>sulfacetamide sodium-</i>	1000 .....38	
<i>sirolimus</i> .....49	<i>prednisolone ophth soln</i>	SYNJARDY XR TAB 5-	
SIRTURO .....15	10-0.23(0.25)% .....51	1000MG .....38	
SIVEXTRO .....12	<i>sulfadiazine</i> .....12	SYNRIBO .....18	
SKYRIZI.....48	<i>sulfamethoxazole-</i>	SYNTHROID .....44	
SKYRIZI PEN .....48	<i>trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i> .....12	T	
<i>sod sulfate-pot sulf-mg sulf oral sol 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i> .....45	<i>sulfamethoxazole-</i>	TABLOID .....18	
<i>sodium chloride</i> .....51	<i>trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i> .....12	TABRECTA .....21	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> .....58	<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>tacrolimus</i> .....49	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> ..51	<i>trimethoprim tab 400-80 mg</i> .....12	<i>tacrolimus (topical)</i> .....58	
<i>sodium phenylbutyrate</i> ....43	<i>sulfamethoxazole-</i>	<i>tadalafil</i> .....53	
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i> .....40	<i>trimethoprim tab 800-160 mg</i> .....12	TAFINLAR .....21	
<i>solifenacin succinate</i> .....46	<i>SULFAMYLON</i> .....56	TAGRISSO .....21	
SOLIQUA INJ 100/33 ....39	<i>sulfasalazine</i> .....45	TALTZ .....48	
SOLTAMOX.....18	<i>sulindac</i> .....10	TALZENNA .....21	
SOLU-CORTEF .....43	<i>sumatriptan</i> .....35	<i>tamoxifen citrate</i> .....18	
SOMATULINE DEPOT ...43	<i>sumatriptan succinate</i> ....35	<i>tamsulosin hcl</i> .....46	
SOMAVERT .....43	<i>sunitinib malate</i> .....21	TARGETIN .....58	
<i>sorafenib tosylate</i> .....20	<i>SUPREP BOWEL SOL</i>	<i>tarina fe 1/20 eq.</i> .....42	
<i>sorine</i> .....24	PREP KIT .....45	TASIGNA .....21	
<i>sotalol hcl</i> .....24	syeda .....42	<i>tazarotene</i> .....56	
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....24	SYMBICORT AER 160-4.5	<i>tazicef</i> .....16	
<i>spironolactone</i> .....22	.....55	TAZORAC .....56	
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> .....26	SYMBICORT AER 80-4.5	<i>taztia xt</i> .....26	
<i>sprintec 28</i> .....42	.....55	TAZVERIK .....21	
SPRITAM.....29	SYMDEKO TAB 100-15054	TDVAX INJ 2-2 LF .....50	
SPRYCEL.....21	SYMDEKO TAB 50-75MG	TECENTRIQ .....21	
<i>sps</i> .....40	.....54	TEFLARO .....16	
<i>sronyx</i> .....42	SYMJEPI .....54	<i>telmisartan</i> .....24	
<i>ssd</i> .....56	SYMPAZAN .....29	<i>telmisartanamlodipine tab 40-10 mg</i> .....23	
<i>stavudine</i> .....14	SYMTUZA TAB .....14	<i>telmisartanamlodipine tab 40-5 mg</i> .....23	
STELARA .....48	SYNAREL .....42	<i>telmisartanamlodipine tab 80-10 mg</i> .....24	
	SYNERCID INJ 500MG ..12	<i>telmisartanamlodipine tab 80-5 mg</i> .....24	
	SYNJARDY TAB 12.5-1000MG .....		

<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-12.5 mg</i> .....	24
<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-12.5 mg</i> .....	24
<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-25 mg</i> .....	24
<i>temazepam</i> .....	35
<i>TEMIXYS TAB 300-300</i> ..	14
<i>TENIVAC INJ 5-2LF</i> .....	50
<i>tenofovir disoproxil</i>	
<i>fumarate</i> .....	14
<i>TEPMETKO</i> .....	21
<i>terazosin hcl</i> .....	22
<i>terbinafine hcl</i> .....	13
<i>terbutaline sulfate</i> .....	54
<i>terconazole vaginal</i> .....	46
<i>testosterone</i> .....	37
<i>testosterone cypionate</i> ....	37
<i>testosterone enanthate</i> ...37	
<i>tetrabenazine</i> .....	36
<i>tetracycline hcl</i> .....	17
<i>THALOMID</i> .....	18
<i>THEO-24</i> .....	54
<i>theophylline</i> .....	54
<i>thioridazine hcl</i> .....	34
<i>thiothixene</i> .....	34
<i>tiadylt er</i> .....	26
<i>tiagabine hcl</i> .....	29
<i>TIBSOVO</i> .....	21
<i>TICOVAC</i> .....	50
<i>tigecycline</i> .....	17
<i>TIGECYCLINE</i> .....	17
<i>tilia fe</i> .....	42
<i>timolol maleate</i> .....	26
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...52	
<i>timolol maleate (ophth)</i>	
<i>once-daily</i> .....	52
<i>TIVICAY</i> .....	14
<i>TIVICAY PD</i> .....	14
<i>tizanidine hcl</i> .....	36
<i>TOBRADEX OIN 0.3-0.1%</i>	
.....	51
<i>TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05</i> .....	51
<i>tobramycin</i> .....	12
<i>tobramycin (ophth)</i> .....	52
<i>tobramycin sulfate</i> .....	12
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> .....	51
<i>tolterodine tartrate</i> .....	46
<i>topiramate</i> .....	29, 30
<i>toposar</i> .....	18
<i>toremifene citrate</i> .....	18
<i>torsemide</i> .....	26
<i>TOVIAZ</i> .....	46
<i>TPN ELECTROL INJ</i> .....	51
<i>TRADJENTA</i> .....	38
<i>tramadol hcl</i> .....	11
<i>tramadol-acetaminophen</i>	
<i>tab 37.5-325 mg</i> .....	11
<i>trandolapril</i> .....	22
<i>tranexamic acid</i> .....	47
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...31	
<i>TRAVASOL INJ 10%</i> .....	51
<i>travoprost</i> .....	52
<i>TRAZIMERA</i> .....	21
<i>trazodone hcl</i> .....	31
<i>TRECATOR</i> .....	15
<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i>	
<i>100-62.5-25 MCG</i> .....	53
<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i>	
<i>200-62.5-25 MCG</i> .....	53
<i>TRELSTAR MIXJECT</i> ....	18
<i>treprostинil</i> .....	27
<i>TRESIBA</i> .....	39
<i>TRESIBA FLEXTOUCH</i> ..	39
<i>tretinoin</i> .....	55
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .18	
<i>TREXALL</i> .....	48
<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>(mouth)</i> .....	58
<i>triamcinolone acetonide</i>	
<i>(topical)</i> .....	57
<i>triamterene &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide cap</i>	
<i>37.5-25 mg</i> .....	26
<i>triamterene &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>37.5-25 mg</i> .....	26
<i>triamterene &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>75-50 mg</i> .....	26
<i>TRICARE TAB PRENATAL</i>	
.....	51
<i>triderm</i> .....	57
<i>trientine hcl</i> .....	40
<i>tri-estarrylla</i> .....	42
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	34
<i>trifluridine</i> .....	52
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	32
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 10-5-1000MG</i> ...38	
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 12.5-2.5-1000MG</i>	
.....	38
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 25-5-1000MG</i> ...38	
<i>TRIJARDY XR TAB ER</i>	
<i>24HR 5-2.5-1000MG</i> ...38	
<i>TRIKAFTA TAB 100-50-75MG &amp; 150MG</i> .....	54
<i>TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG &amp; 75MG</i> .....	54
<i>tri-legest fe</i> .....	42
<i>tri-linyah</i> .....	42
<i>tri-lo-estarrylla</i> .....	42
<i>tri-lo-marzia</i> .....	42
<i>tri-lo-mili</i> .....	42
<i>tri-lo-sprintec</i> .....	42
<i>TRIMETHOPRIM</i> .....	12
<i>tri-mili</i> .....	42
<i>trimipramine maleate</i> .....	31
<i>TRINTELLIX</i> .....	31
<i>tri-nymyo</i> .....	42
<i>tri-sprintec</i> .....	42
<i>TRIUMEQ PD TAB</i> .....	14
<i>TRIUMEQ TAB</i> .....	14
<i>trivora-28</i> .....	42
<i>tri-vylibra</i> .....	42
<i>tri-vylibra lo</i> .....	42
<i>TRIZIVIR TAB</i> .....	14
<i>TROGARZO</i> .....	14
<i>TROPHAMINE INJ 10%</i> .51	
<i>trospium chloride</i> .....	46
<i>TRULICITY</i> .....	38
<i>TRUMENBA INJ</i> .....	50
<i>TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE</i> .....	21
<i>TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE</i> .....	21
<i>TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE</i> .....	21
<i>TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE</i> .....	21

TRUXIMA .....	21
TUKYSA .....	21
TURALIO .....	21
TWINRIX INJ .....	50
TYBOST .....	14
TYPHIM VI.....	50
<b>U</b>	
UBRELVY .....	36
<i>unithroid</i> .....	44
<i>ursodiol</i> .....	45
<b>V</b>	
<i>valacyclovir hcl</i> .....	15
VALCHLOR .....	58
<i>valganciclovir hcl</i> .....	15
<i>valproate sodium</i> .....	30
<i>valproic acid</i> .....	30
<i>valsartan</i> .....	24
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>160-12.5 mg</i> .....	24
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>160-25 mg</i> .....	24
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>320-12.5 mg</i> .....	24
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>320-25 mg</i> .....	24
<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>80-12.5 mg</i> .....	24
VALTOCO .....	30
<i>vancomycin hcl</i> .....	12
VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
VANCOMYCIN INJ 500MG	
.....	13
VANCOMYCIN INJ 750MG	
.....	13
VANDAZOLE .....	46
VAQTA .....	50
<i>varenicline tartrate</i> .....	37
<i>varenicline tartrate tab 11 x</i> <i>0.5 mg &amp; 42 x 1 mg start</i> <i>pack</i> .....	37
VARIVAX .....	50
VASCEPA.....	25
VELCADE .....	21
<i>velivet</i> .....	42
VELPHORO.....	44
VELTASSA.....	40
VEMLIDY .....	15
VENCLEXTA .....	21
VENCLEXTA TAB START PK .....	21
<i>venlafaxine hcl</i> .....	31
VENTAVIS.....	27
VENTOLIN HFA.....	54
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	
.....	54
<i>verapamil hcl</i> .....	26
VERQUVO.....	27
VERSACLOZ .....	34
VERZENIO .....	21
<i>vestura</i> .....	42
V-GO 20 KIT .....	39
V-GO 30 KIT .....	39
V-GO 40 KIT .....	39
VICTOZA .....	38
<i>vienna</i> .....	42
<i>vigabatrin</i> .....	30
<i>vigadron</i> .....	30
VIIBRYD .....	31
VIIBRYD KIT STARTER	31
<i>vilazodone hcl</i> .....	31
VIMPAT .....	30
<i>vincristine sulfate</i> .....	18
<i>vinorelbine tartrate</i> .....	19
<i>viorele</i> .....	42
VIRACEPT.....	14
VIREAD .....	14
VITRAKVI .....	21
VIVITROL .....	37
VIZIMPRO .....	21
VONJO .....	21
<i>voriconazole</i> .....	13
VOSEVI TAB .....	15
VOTRIENT .....	21
VRAYLAR .....	34
VRAYLAR CAP 1.5-3MG34	
<i>vyfemla</i> .....	42
<i>vylibra</i> .....	42
VYVANSE.....	35
VYZULTA .....	52
<b>W</b>	
<i>warfarin sodium</i> .....	47
<i>water for irrigation, sterile</i> <i>irrigation soln</i> .....	58
WELIREG .....	18
<i>wera</i> .....	42
<b>X</b>	
XALKORI .....	21
XARELTO .....	47
XARELTO STAR TAB 15/20MG .....	47
XATMEP .....	48
XCOPRI.....	30
XCOPRI PAK 100-150....	30
XCOPRI PAK 12.5-25....	30
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	30
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	30
XCOPRI PAK 50-100MG	30
XELJANZ .....	48
XELJANZ XR .....	48
XERMELO .....	45
XGEVA .....	40
XIFAXAN .....	45
XIGDUO XR TAB 10-1000	
.....	39
XIGDUO XR TAB 10- 500MG .....	38
XIGDUO XR TAB 2.5-1000	
.....	38
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG .....	38
XIGDUO XR TAB 5-500MG	
.....	38
XIIDRA.....	52
XOLAIR .....	54
XOSPATA .....	21
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY .....	21
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY .....	21
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY .....	21
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY .....	21
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY .....	21
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY .....	21

XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY .....	21	ZENPEP CAP 10000UNT .....	46	ZIRGAN .....	52
XTANDI .....	18	ZENPEP CAP 15000UNT .....	46	zoledronic acid.....	40
xulane.....	42	ZENPEP CAP 20000UNT .....	46	ZOLINZA.....	21
XULTOPHY INJ 100/3.6.39		ZENPEP CAP 25000UNT .....	46	zolmitriptan .....	36
XYREM.....	36	ZENPEP CAP 3000UNIT46		zolpidem tartrate .....	35
<b>Y</b>		ZENPEP CAP 40000UNT .....	46	zonisamide.....	30
YF-VAX INJ .....	50	ZENPEP CAP 5000UNIT46		ZORTRESS .....	49
yuvafem.....	42	ZERVIATE .....	52	zovia 1/35 .....	42
<b>Z</b>		zidovudine .....	14	ZTALMY .....	30
zafemy.....	42	ziprasidone hcl.....	34	zumandimine .....	42
zafirlukast .....	54	ziprasidone mesylate.....	34	ZYCLARA PUMP .....	58
ZARXIO .....	47	ZIRABEV .....	21	ZYDELIG .....	21
ZEJULA .....	21			ZYKADIA .....	21
ZELBORAF.....	21			ZYLET SUS 0.5-0.3%....	51
ZEMAIRA.....	54			ZYPITAMAG .....	25
zenatane.....	55			ZYPREXA RELPREVV ..	34

Este formulario resumido se actualizó el 11/01/2022. Para obtener información más reciente o respuestas a sus preguntas, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711), los 7 días a la semana y las 24 horas del día o visite [www.avmed.org](http://www.avmed.org)