

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 15
H1016_PH262SP-092021_C

Este formulario resumido se actualizó el 09/01/2022. Para obtener información más reciente o si tiene otras preguntas, comuníquese con Departamento de Servicios a los Afiliados de AvMed Medicare al 1-800-782- 8633 desde el 1ro de octubre al 31 de marzo: 8:00 am a 8:00 pm, los 7 días de la semana. Y del 1 de abril al 30 de septiembre: 8:00 am a 8:00 pm, de lunes a viernes, y 9:00 am a 1:00 pm los sábados (para los usuarios de TTY, 711, los 7 días a la semana y las 24 horas del día) o visite www.avmed.org



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

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

Este documento incluye una lista de los medicamentos (Formulario) de nuestro plan, la cual está en vigencia desde el 09/01/2022. 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 médicamente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de AvMed Medicare y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

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

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2022 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos 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 09/01/2022. 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 68. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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 68.

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg	5	QL
QL (12 tabs / año)		
<i>ertapenem sodium</i> SOLR 1gm	4	
<i>gentamicin in saline inj</i> 0.8 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.2 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 1.6 mg/ml	3	
<i>gentamicin in saline inj</i> 2 mg/ml	3	
<i>gentamicin sulfate</i> SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 250 mg	4	
<i>imipenem-cilastatin intravenous for soln</i> 500 mg	4	
<i>ivermectin</i> TABS 3mg	3	QL PA
QL (12 tabs / 75 días)		
<i>linezolid</i> SOLN 600mg/300ml	4	
<i>linezolid</i> SUSR 100mg/5ml	5	QL
QL (1800 mL / 30 días)		
<i>linezolid</i> TABS 600mg	4	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>linezolid in sodium chloride iv soln</i> 600 mg/300ml-0.9%	4	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	4	
<i>metronidazole</i> SOLN 500mg/100ml	3	
<i>metronidazole</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
neomycin sulfate TABS 500mg	2	GC
nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg	3	
nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg	3	
paromomycin sulfate CAPS 250mg	4	
pentamidine isethionate inh SOLR 300mg	4	B/D
pentamidine isethionate inj SOLR 300mg	4	
praziquantel TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
streptomycin sulfate SOLR 1gm	4	
sulfadiazine TABS 500mg	4	
sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	4	
sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	3	
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg	1	GC
sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	5	PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
TRIMETHOPRIM TABS 100mg	2	GC
vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL
vancomycin hcl CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
vancomycin hcl SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
FUNGICIDAS		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
amphotericin b SOLR 50mg	4	B/D
amphotericin b liposome SUSR 50mg	5	B/D
caspofungin acetate SOLR 50mg, 70mg	4	
fluconazole SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
fluconazole TABS 150mg	2	GC
fluconazole in nacl 0.9% inj 200 mg/100ml	3	
fluconazole in nacl 0.9% inj 400 mg/200ml	3	
flucytosine CAPS 250mg, 500mg	5	PA
griseofulvin microsize SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
griseofulvin ultramicrosize TABS 125mg, 250mg	4	
itraconazole CAPS 100mg	4	PA
ketoconazole TABS 200mg	3	PA
miconazole sodium SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL PA
nystatin TABS 500000unit	3	
posaconazole TBEC 100mg QL (93 tabs / 30 días)	5	QL PA
terbinafine hcl TABS 250mg QL (90 tabs / año)	1	GC QL
voriconazole SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
voriconazole TABS 50mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL PA
voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
ANTIPALÚDICOS		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>chloroquine phosphate</i> TABS 4 250mg, 500mg	4	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
<i>mefloquine hcl</i> TABS 250mg	3	
<i>primaquine phosphate</i> TABS 3 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
<i>quinine sulfate</i> CAPS 324mg	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
<i>abacavir sulfate</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>abacavir sulfate</i> TABS 300mg	3	
APTIVUS CAPS 250mg	5	
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	4	
<i>etravirine</i> TABS 100mg, 200mg	5	
<i>fosamprenavir calcium</i> TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
INVIRASE TABS 500mg	5	
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
<i>maraviroc</i> TABS 150mg, 300mg	5	
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
<i>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	3	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> tab 600-300 mg	3	
<i>abacavir sulfate-lamivudine- zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	5	
BIKTARVY TAB 30-120-15 MG	5	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BIKTARVY TAB 50-200-25 MG	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 120-15MG	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	5	
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	4	
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	5	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ PD TAB	5	
TRIUMEQ TAB	5	
TRIZIVIR TAB	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine CAPS 250mg	5	
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	3	
isoniazid SYRP 50mg/5ml	4	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	1	GC
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
pyrazinamide TABS 500mg	4	
rifabutin CAPS 150mg	4	
rifampin CAPS 150mg, 300mg	3	
rifampin SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALES		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC
acyclovir SUSP 200mg/5ml	4	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	4	B/D
adefovir dipivoxil TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSA PAK 150-37.5	5	PA
EPCLUSA PAK 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA

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
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	
MAVYRET PAK 50-20MG	5	PA
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg	3	QL
QL (84 caps / año)		
oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml	3	QL
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/ml; SOSY 180mcg/0.5ml	5	PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg	5	QL PA
QL (28 tabs / 28 días)		
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	3	
ribavirin (hepatitis c) TABS 200mg	4	
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	4	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	3	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml	5	
valganciclovir hcl TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	3	
cefaclor SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACTOR ER TB12 500mg	4	
cefadroxil CAPS 500mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
cefazolin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
cefdinir CAPS 300mg	2	GC
cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	4	
cefixime SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg	3	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	3	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	5	
erythrocine stearate TABS 250mg	4	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	
erythromycin lactobionate SOLR 500mg	5	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	
ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin SOLN 25mg/ml	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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	3	
moxifloxacin hcl TABS 400mg	4	
PENICILINAS		
amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
amoxicillin CHEW 125mg, 250mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	4	
ampicillin CAPS 500mg	2	GC
ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm	4	
ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10-5) gm	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 2400000unit/4ml; SUSY 600000unit/ml, 1200000unit/2ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)</i>	4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
NUZYRA SOLR 100mg; TABS 150mg	5	LA
<i>tetracycline hcl</i> CAPS 250mg, 500mg	4	PA
<i>tigecycline</i> SOLR 50mg	4	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D
<i>carboplatin</i> SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
<i>cisplatin</i> SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
<i>cyclophosphamide</i> CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
<i>cyclophosphamide</i> SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE MONOHYDR SOLN 2gm/10ml	5	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	4	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>doxorubicin hcl</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</i> INJ 2mg/ml	5	B/D
<i>epirubicin hcl</i> SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
<i>azacitidine</i> SUSR 100mg	5	B/D
<i>cytarabine</i> SOLN 20mg/ml	3	B/D
<i>fluorouracil</i> SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
<i>gemcitabine hcl</i> SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
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
<i>pemetrexed disodium</i> SOLR 100mg, 500mg, 750mg, 1000mg	5	B/D
PURIXAN SUSP 2000mg/100ml	5	
TABLOID TABS 40mg	4	
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES		
<i>abiraterone acetate</i> TABS 250mg, 500mg	5	PA
<i>anastrozole</i> TABS 1mg	2	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	5	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
<i>exemestane</i> TABS 25mg	4	
<i>flutamide</i> CAPS 125mg	3	
<i>fulvestrant</i> SOLN 250mg/5ml	5	B/D
<i>letrozole</i> TABS 2.5mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>leuprolide acetate</i> KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
<i>megestrol acetate</i> TABS 20mg, 40mg	3	
<i>nilutamide</i> TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
<i>tamoxifen citrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>toremifene citrate</i> TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
INMUNOMODULADORES		
<i>lenalidomide</i> CAPS 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
<i>lenalidomide</i> CAPS 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 1mg, 2mg QL (21 caps / 21 días)	5	QL LA PA
POMALYST CAPS 3mg, 4mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
REVLIMID CAPS 20mg, 25mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
THALOMID CAPS 50mg, 100mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
THALOMID CAPS 150mg, 200mg QL (56 caps / 28 días)	5	QL PA
VARIOS		
BESREMI SOSY 500mcg/ml	5	LA PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>bexarotene</i> CAPS 75mg	5	PA
<i>hydroxyurea</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA QL (49 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 PAK FEMARA QL (70 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 PAK FEMARA QL (91 tabs / 28 días)	5	QL PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
WELIREG TABS 40mg	5	LA PA
MITOTIC INHIBITORS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
PACLITAXEL INJ 100MG	5	B/D
<i>paclitaxel protein-bound particles for iv susp 100 mg</i>	5	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
MOLECULAR TARGET AGENTS		
AFINITOR TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg, 280mg, 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI 200 DOSE TBPK 200mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 400 DOSE TBPK 200mg QL (42 tabs / 28 días)	5	QL PA
KISQALI 600 DOSE TBPK 200mg QL (63 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA

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
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 14 MG QL (60 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 18 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LENVIMA CAP 24 MG QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg QL (3 caps / 28 días)	5	QL PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	PA
OGIVRI INJ 420MG	5	PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	PA
PEMAZYRE TABS 4.5mg, 9mg, 13.5mg	5	LA PA
PHESGO SOL	5	LA PA
PIQRAY 200MG DAILY DOSE TBPK 200mg	5	PA
PIQRAY 250MG TAB DOSE	5	PA
PIQRAY 300MG DAILY DOSE TBPK 150mg	5	PA
QINLOCK TABS 50mg	5	LA PA
RETEVMO CAPS 40mg, 80mg	5	LA PA
RIABNI SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg 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
<i>sorafenib tosylate</i> TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
<i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .5mg, .75mg, 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA

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
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VITRAKVI CAPS 25mg, 100mg; SOLN 20mg/ml	5	LA PA
VIZIMPRO TABS 15mg, 30mg, 45mg	5	LA PA
VONJO CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
VOTRIENT TABS 200mg	5	LA PA
XALKORI CAPS 200mg, 250mg	5	LA PA
XOSPATA TABS 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)</i>	1	GC QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 5- 6.25mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 20 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10- 40 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160- 12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160- 25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10- 160-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10- 160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10- 320-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 16- 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32- 12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil- hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
EDARBYCLOR TAB 40- 25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100- 12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100- 25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20- 12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40- 12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>EDARBI TABS 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 320mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	GC
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	GC
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	GC
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	3	
ANTILIPÉMICOS, FIBRATES		
<i>choline fenofibrate</i> CPDR 45mg, 135mg	3	
<i>fenofibrate</i> TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
<i>fenofibrate micronized</i> CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
<i>gemfibrozil</i> TABS 600mg	1	GC
ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA		
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL ST
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL ST

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>acetazolamide</i> TABS 125mg, 250mg	3	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	2	GC
<i>amiloride hcl</i> TABS 5mg	2	GC
<i>bumetanide</i> SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
<i>chlorthalidone</i> TABS 25mg, 50mg	2	GC
<i>furosemide</i> SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
<i>furosemide</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
<i>furosemide inj</i> SOLN 10mg/ml	3	
<i>hydrochlorothiazide</i> CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
<i>indapamide</i> TABS 1.25mg, 2.5mg	2	GC
<i>methazolamide</i> TABS 25mg, 50mg	4	
<i>metolazone</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
<i>spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i>	3	
<i>torsemide</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	1	GC
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	1	GC
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	1	GC
<i>clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr</i>	4	
<i>clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg</i>	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>digitek TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>digox TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml</i>	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>bosentan</i> TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>OPSUMIT</i> TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
<i>VENTAVIS</i> SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA
SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
ANTICONVULSIVOS		
<i>APTOM</i> TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
<i>BRIVIACT</i> SOLN 10mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>BRIVIACT</i> SOLN 50mg/5ml	4	PA
<i>BRIVIACT</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>carbamazepine</i> CHEW 100mg; TABS 200mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>carbamazepine</i> CP12 100mg, 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg	4	
<i>CELONTIN</i> CAPS 300mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 250mg QL (360 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 500mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> PACK 250mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>DIACOMIT</i> PACK 500mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
EPRONTIA SOLN 25mg/ml	4	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 10mg/ml QL (1200 mL / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide</i> SOLN 200mg/20ml	5	
<i>lacosamide</i> TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lacosamide</i> TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml QL (2300 mL / 28 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 200mg QL (480 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>rufinamide</i> TABS 400mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL PA
SPRITAM TB3D 250mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
SPRITAM TB3D 500mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
memantine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen menos de 30 años	3	PA
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL
rivastigmine tartrate CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	3	
citalopram hydrobromide TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
doxepin hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
doxepin hcl CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
duloxetine hcl CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
duloxetine hcl CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg QL (240 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIBRYD KIT STARTER	4	
<i>vilazodone hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
<i>amantadine hcl</i> SOLN 50mg/5ml	3	
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 10-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-100mg</i>	4	
<i>carb/levo orally disintegrating tab 25-250mg</i>	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10- 100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25- 100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25- 250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 18.75-75- 200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 31.25-125- 200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 37.5-150- 200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa- entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg; TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MAINTENA PRSY 300mg, 400mg QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
ABILIFY MAINTENA SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 jeringuilla / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
asenapine maleate SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
chlorpromazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
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
clozapine TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
clozapine TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
clozapine TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
fluphenazine decanoate SOLN 25mg/ml	4	
fluphenazine hcl CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
haloperidol TABS .5mg, 1mg, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
haloperidol decanoate SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
haloperidol lactate CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.88ml, 410mg/1.32ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.63ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
loxapine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
olanzapine SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
olanzapine TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
olanzapine TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>risperidone</i> TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>atomoxetine hcl</i> CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd)</i> TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
<i>metadate er</i> TBCR 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 5mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl</i> TBCR 10mg, 20mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
NURTEC TBDP 75mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan SOLN 20mg/act QL (12 units / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
sumatriptan succinate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
zolmitriptan TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL
VARIOS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL LA PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
KESIMPTA SOAJ 20mg/0.4ml QL (16 pens / año)	5	QL LA PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> TB12 150mg	3	
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>naloxone hcl</i> LIQD 4mg/0.1ml	3	
<i>naloxone hcl</i> SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
<i>naltrexone hcl</i> TABS 50mg	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
<i>varenicline tartrate</i> TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 & tab 1 mg x 42 pack</i>	4	PA
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>oxandrolone</i> TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone</i> GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>testosterone cypionate</i> SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
<i>testosterone enanthate</i> SOLN 200mg/ml	3	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIDIABETICS		
<i>acarbose</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>glimepiride</i> TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glimepiride</i> TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide xl</i> TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
JANUMET XR TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>metformin hcl</i> TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
<i>metformin hcl</i> TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
<i>nateglinide</i> TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (2MG/DOSE) SOPN 8MG/3ML QL (1 pen / 28 días)	3	QL
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

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
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIDIABETICS, INSULINS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVIA/MHC	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD 5 G6 KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD 5 G6 MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD DASH KIT INTRO QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD DASH MIS PODS QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD MIS CLASSIC QL (15 pods / 30 días)	4	QL PA
OMNIPOD PDM KIT CLASSIC QL (1 kit / año)	4	QL PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
SOLQUA INJ 100/33 QL (10 pens / 30 días) SI	3	QL
TRESIBA SOLN 100unit/ml SI	3	
TRESIBA FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml, 200unit/ml SI	3	
V-GO 20 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 30 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
V-GO 40 KIT QL (1 kit / 30 días)	4	QL PA
XULTOPHY INJ 100/3.6 QL (5 pens / 30 días) SI	3	QL
CALCIUM REGULATORS		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml QL (1 inyección / 90 días)	4	B/D QL
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 jeringuilla / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 35mg, 150mg	3	
<i>risedronate sodium</i> TABS 30mg; TBEC 35mg	4	
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg; TBSO 250mg, 500mg	5	PA
<i>deferasirox</i> TBSO 125mg	3	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> powder	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	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
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	3	
ANTICONCEPTIVOS		
<i>afirmelle</i>	2	GC
<i>altavera</i>	2	GC
<i>alyacen 1/35</i>	2	GC
<i>alyacen 7/7/7</i>	2	GC
<i>apri</i>	2	GC
<i>aranelle</i>	3	
<i>aubra eq</i>	2	GC
<i>aurovela 1/20</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	2	GC
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila TABS .35mg</i>	2	GC
<i>caziant</i>	2	GC
<i>chateal</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyred eq</i>	2	GC
<i>dasetta 1/35</i>	2	GC
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	GC
<i>deblitane TABS .35mg</i>	2	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estradiol tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elinest</i>	2	GC
<i>ELLA TABS 30mg</i>	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin TABS .35mg</i>	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol</i> CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	
<i>dotti</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>estradiol</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr	3	
<i>estradiol</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	2	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal</i> CREA .1mg/gm	3	
<i>estradiol vaginal</i> TABS 10mcg	4	
<i>estradiol valerate</i> OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4	
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	3	
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	3	
<i>jinteli</i>	3	
<i>lyllana</i> PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
<i>mimvey</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>	3	
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>	3	
<i>yuvafem</i> TABS 10mcg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GLUCOCORTICOIDES		
<i>dexamethasone</i> ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
<i>fludrocortisone acetate</i> TABS .1mg	2	GC
<i>hydrocortisone</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>methylprednisolone</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
<i>methylprednisolone</i> TBPK 4mg	2	GC
<i>methylprednisolone acetate</i> SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D
<i>methylprednisolone sod succ</i> SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
<i>prednisolone</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate</i> SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
<i>prednisone</i> SOLN 5mg/5ml	4	B/D
<i>prednisone</i> TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
<i>prednisone</i> TBPK 5mg, 10mg	3	
PREDNISON INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	3	
SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml		

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
GVOKE KIT SOLN 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
<i>betaine powder for oral solution</i>	5	LA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
CARBAGLU TBSO 200mg	5	LA PA
<i>carglumic acid</i> TBSO 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)	4	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN CART 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINISQUICK PRSY .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml	4	B/D
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> TABS 330mg	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg)	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg)	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml; SOSY 50mcg/ml, 100mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml; SOSY 500mcg/ml	5	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	4	QL

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
<i>famotidine</i> SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
<i>famotidine</i> SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
<i>famotidine</i> TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine</i> TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>famotidine in nacl 0.9% iv soln</i> 20 mg/50ml	3	
<i>nizatidine</i> CAPS 150mg, 300mg	4	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	PA
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>GOLYTELY</i> SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>NULYTELY</i> SOL LMN/LIME	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	2	GC
<i>PLENVU</i> SOL	4	
<i>SUPREP BOWEL</i> SOL PREP KIT	4	
VARIOS		
<i>alosetron hcl</i> TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>alosetron hcl</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	3	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
<i>alfuzosin hcl</i> TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>dutasteride</i> CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap</i> 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>finasteride</i> TABS 5mg	1	GC
<i>silodosin</i> CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>tamsulosin hcl</i> CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
<i>acetic acid</i> SOLN .25%	2	GC
<i>bethanechol chloride</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>potassium citrate (alkalinizer)</i> TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIO		
<i>darifenacin hydrobromide</i> TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
<i>fesoterodine fumarate</i> TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	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
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>oxybutynin chloride</i> SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxybutynin chloride</i> TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>solifenacin succinate</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tolterodine tartrate</i> CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
<i>tolterodine tartrate</i> TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tropium chloride</i> TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
VANDAZOLE GEL .75%	3	
HEMATOLÓGICOS ANTICOAGULANTES		
<i>dabigatran etexilate mesylate</i> CAPS 75mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 300mg/3ml; SOSY 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine) 100</i> <i>unit/ml in d5w</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 20000</i> <i>unit/500ml-5%</i>	3	
<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 25000</i> <i>unit/500ml-5%</i>	3	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>warfarin sodium</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
XARELTO SUSR 1mg/ml QL (620 mL / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL

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
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
INFLIXIMAB SOLR 100mg	5	LA PA
OTEZLA TABS 30mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OTEZLA TAB 10/20/30 QL (110 tabs / año)	5	QL PA
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
RINVOQ TB24 45mg QL (112 tabs / año)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / 365 días)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (2 viales / 28 días)	5	QL LA PA
STELARA SOSY 45mg/0.5ml, 90mg/ml QL (1 jeringuilla / 28 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TALTZ SOAJ 80mg/ml; SOSY 80mg/ml QL (3 jeringas / 28 días)	5	QL LA PA
XELJANZ SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 24 días)	5	QL PA
XELJANZ TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)		
hydroxychloroquine sulfate TABS 200mg	3	
leflunomide TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
methotrexate sodium TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5	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
GAMASTAN INJ	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA

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
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
INMUNOMODULADORES		
ACTIMMUNE SOLN 2000000unit/0.5ml	5	LA PA
ARCALYST SOLR 220mg	5	PA
INTRON A SOLN 6000000unit/ml, 10000000unit/ml; SOLR 50000000unit	5	B/D
INTRON A SOLR 10000000unit	3	B/D
INTRON A SOLR 18000000unit	4	B/D
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOSY 200mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
BENLYSTA SOLR 120mg, 400mg	5	PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg, .5mg, .75mg, 1mg	5	B/D

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PREHEVBRIO SUSP 10mcg/ml	3	B/D
PRIORIX INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
QUADRACEL INJ 0.5ML	3	
RABAERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TICOVAC SUSY 1.2mcg/0.25ml, 2.4mcg/0.5ml	3	
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml; SOSY 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	3	
PLASMA-LYTE INJ -148	4	
PLASMA-LYTE INJ -A	4	
<i>potassium chloride SOLN 2meq/ml</i>	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/50ml, 20meq/50ml	4	
<i>potassium chloride SOLN 10meq/100ml, 20meq/100ml, 40meq/100ml</i>	4	
<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>	3	
<i>sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%</i>	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
<i>klor-con PACK 20meq</i>	4	
<i>klor-con 8 TBCR 8meq</i>	2	GC
<i>klor-con 10 TBCR 10meq</i>	2	GC
<i>klor-con m10 TBCR 10meq</i>	2	GC
<i>klor-con m15 TBCR 15meq</i>	3	
<i>klor-con m20 TBCR 20meq</i>	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
<i>potassium chloride CPCR 8meq, 10meq</i>	3	
<i>potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%</i>	4	
<i>potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq</i>	2	GC
<i>potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 15meq</i>	3	
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	4	B/D
CLINIMIX INJ 4.25/D10	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D15W	4	B/D
CLINIMIX INJ 5%/D20W	4	B/D
CLINIMIX INJ 6/5	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/10	4	B/D
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
<i>hepatamine</i>	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
OFTÁLMICO CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS		
<i>bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%</i>	3	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	2	GC
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>	2	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	3	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	2	GC
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	2	GC
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	3	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin	3	
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml	3	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	GC
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	1	GC
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	1	GC
trifluridine SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	3	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	2	GC
difluprednate EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	3	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	
bepotastine besilate SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1	GC
LASTACFT SOLN .25%	4	
olopatadine hcl SOLN .1%	3	
ZERVIAE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
brimonidine tartrate SOLN .2%	1	GC
brimonidine tartrate SOLN .15%	4	
brinzolamide SUSP 1%	4	
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	2	GC

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
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
dorzolamide hcl SOLN 2%	2	GC
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
latanoprost SOLN .005%	2	GC
levobunolol hcl SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
timolol maleate (ophth) SOLG 4	4	
.25%, .5%		
timolol maleate (ophth) SOLN 1	1	GC
.25%, .5%		
timolol maleate (ophth) once-daily SOLN .5%	4	
travoprost SOLN .004%	4	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
atropine sulfate (ophthalmic) SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
proparacaine hcl SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	
ÓTICO		
ÓTICO AGENTS		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	4	
flac OIL .01%	3	
fluocinolone acetone (otic) OIL .01%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%	3	
ofloxacin (otic) SOLN .3%	4	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
tadalafil TABS 10mg, 20mg	3	ED QL
QL (4 tabs / 30 días)		
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL
QL (4 inhaladores / 28 días)		
COMBIVENT AER 20-100	4	QL
QL (2 inhaladores / 30 días)		
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		

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

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

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
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	3	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
<i>cromolyn sodium</i> NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i> SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
<i>pirfenidone</i> TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>pirfenidone</i> TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 2.5mg/2.5ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
<i>theophylline</i> SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
<i>theophylline</i> TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NAALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>budesonide (inhalation)</i> SUSP .25mg/2ml, .5mg/2ml	4	B/D
FLOVENT DISKUS AEPB 50mcg/blist QL (180 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT DISKUS AEPB 100mcg/blist, 250mcg/blist QL (240 inhalaciones / 30 días)	3	QL
FLOVENT HFA AERO 44mcg/act, 110mcg/act, 220mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 90mcg/act QL (3 inhaladores / 30 días)	4	QL
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA		
ADVAIR DISKU AER 100/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ADVAIR DISKU AER 250/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR DISKU AER 500/50 QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 45/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 115/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
ADVAIR HFA AER 230/21 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 100-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
BREO ELLIPTA INH 200-25 QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 80-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
SYMBICORT AER 160-4.5 QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
DE USO TÓPICO DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
<i>accutane</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>amnesteem</i> CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
<i>avita</i> CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel</i> 5-3% QL (46.6 gm / 30 días)	4	QL
<i>claravis</i> CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	4	QL
<i>clindamycin phosphate (topical)</i> LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone dipropionate (topical)</i> OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; OINT .05% QL (120 gm / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> LOTN .05% QL (120 mL / 30 días)	4	QL
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; OINT .1% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>betamethasone valerate</i> LOTN .1% QL (120 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .025% QL (120 gm / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01% QL (118.28 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> OINT .025% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinolone acetonide</i> SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide</i> GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluocinonide</i> SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
<i>fluocinonide emulsified base</i> CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate</i> CREA .05%; OINT .005%	3	
<i>halobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 1%	1	GC
<i>hydrocortisone (topical)</i> CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
<i>mometasone furoate</i> CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i> LOTN .025%, .1%	3	
<i>triderm</i> CREA .5%	2	GC
DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>glydo</i> PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	4	QL PA

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PANRETIN GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>podofilox</i> SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>rosadan</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
<i>malathion</i> LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
<i>permethrin</i> CREA 5% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm QL (180 gm / 30 días)	4	QL
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC

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

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

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

ÍNDICE

A		
abacavir sulfate.....	12	
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	12	
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg.....	12	
ABELCET	11	
ABILIFY MAINTENA.....	34	
abiraterone acetate.....	17	
ABRAXANE INJ 100MG	18	
acamprosate calcium.....	38	
acarbose	39	
accutane	60	
acebutolol hcl.....	26	
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....	9	
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg	9	
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg	9	
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg	9	
acetazolamide	27	
acetic acid.....	49	
acetic acid (otic).....	57	
acetylcysteine	58	
acitretin	61	
ACTHIB INJ	53	
ACTIMMUNE.....	53	
acyclovir.....	13	
acyclovir sodium	13	
ADACEL INJ.....	53	
adefovir dipivoxil	13	
ADEMPAS	28	
ADRENALIN	27	
adriamycin	16	
ADVAIR DISKU AER 100/50	60	
ADVAIR DISKU AER 250/50	60	
ADVAIR DISKU AER 500/50	60	
ADVAIR HFA AER 115/21	60	
ADVAIR HFA AER 230/21	60	
ADVAIR HFA AER 45/21	60	
AFINITOR.....	18	
AFINITOR DISPERZ	18	
afirmelle	43	
AIMOVIG	37	
ala-cort.....	61	
albendazole	10	
albuterol sulfate	58	
alclometasone dipropionate	61	
ALDURAZYME	46	
ALECENSA	18	
alendronate sodium	42	
alfuzosin hcl	49	
ALIMTA.....	16	
aliskiren fumarate	27	
allopurinol	8	
alosetron hcl	48	
ALPHAGAN P.....	56	
alprazolam	28	
ALREX.....	56	
altavera	43	
ALTOPREV	25	
ALUNBRIG	18	
ALUNBRIG PAK	18	
alyacen 1/35	43	
alyacen 7/7/7	43	
amabelz	45	
amantadine hcl	33	
AMBISOME	11	
ambrisentan	28	
amikacin sulfate	10	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	27	
amiloride hcl.....	27	
amiodarone hcl	24	
amitriptyline hcl.....	31	
amlodipine besylate	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg	27	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg	27	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	21	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	21	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	22	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	22	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	22	

amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg.....22	amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg .....15	ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm .....15
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg.....22	amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg .....15	ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm.....15
amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg.....22	amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg.....15	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm .....15
amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg22	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg .....36	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm .....15
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg22	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg .....36	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm .....15
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg .....22	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg .....36	ampicillin sodium .....15
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg .....23	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg .....36	anagrelide hcl .....51
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg .....23	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg .....36	anastrozole .....17
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg .....22	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg .....36	ANDRODERM .....39
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg .....22	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg .....36	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25 .....57
amnesteam .....60	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg .....36	aprepitant .....47
amoxapine .....32	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg .....36	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg .....47
amoxicillin .....15	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg .....36	apri .....43
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg.15	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg .....36	APTOM .....28
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....15	amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg .....36	APTIVUS .....12
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml.....15	amphotericin b .....11	ARALAST NP .....58
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml.....15	ampicillin .....15	aranelle .....43
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml.....15		ARCALYST .....53
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....15		arformoterol tartrate .....58
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg .....15		aripiprazole .....34
		ARISTADA .....34
		ARISTADA INITIO .....34
		armodafinil .....38
		ARNUTY ELLIPTA .....59
		asenapine maleate .....34
		aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg .....51
		atazanavir sulfate .....12
		atenolol .....26
		atenolol & chlorthalidone tab 100-25 mg .....25
		atenolol & chlorthalidone tab 50-25 mg .....25
		atomoxetine hcl .....36
		atorvastatin calcium .....25
		atovaquone .....10
		atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg .....11

<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 62.5-25 mg</i>.....11	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25mg</i> .....21	<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....43
ATROPINE SULFATE ....57	<i>benazepril hcl</i>.....22	BOOSTRIX INJ.....53
<i>atropine sulfate</i> <i>(ophthalmic)</i> .....57	BENDEKA .....16	<i>bortezomib</i> .....18
ATROVENT HFA.....57	BENLYSTA.....53	BORTEZOMIB .....18
<i>aubra eq</i> .....43	<i>benzoyl peroxide-</i> <i>erythromycin gel 5-3%</i> 60	<i>bosentan</i> .....28
<i>aurovela 1/20</i> .....43	<i>benztropine mesylate</i>.....33	BOSULIF .....18
<i>aurovela fe 1.5/30</i> .....43	<i>bepotastine besilate</i>.....56	BRAFTOVI.....18
AUSTEDO .....38	BEPREVE.....56	BREO ELLIPTA INH 100- 25 .....60
AVASTIN .....18	BERINERT .....51	BREO ELLIPTA INH 200- 25 .....60
<i>aviane</i> .....43	BESIVANCE .....55	BREZTRI AERO AER SPHERE .....57
<i>avita</i> .....60	BESREMI .....17	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....57
<i>ayuna</i>.....43	<i>betaine powder for oral</i> <i>solution</i>.....46	<i>briellyn</i> .....43
AYVAKIT .....18	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate (topical)</i> ...61	BRILINTA.....51
<i>azacitidine</i>.....16	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate augmented</i>.....61	<i>brimonidine tartrate</i> .....56
<i>azathioprine</i> .....53	<i>betamethasone valerate</i> .61	<i>brinzolamide</i> .....56
<i>azelaic acid</i>.....62	BETASERON.....38	BRIVIACT .....28
<i>azelastine hcl</i>.....57	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....56	<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....56
<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....56	<i>bethanechol chloride</i>.....49	<i>bromocriptine mesylate</i> ...33
<i>azithromycin</i> .....14	BETOPTIC-S .....56	BROMSITE .....56
<i>aztreonam</i>.....10	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....57	BROVANA .....58
<i>azurette</i>.....43	<i>bexarotene</i>.....17	BRUKINSA .....18
B	<i>bexarotene (topical)</i> .....62	<i>budesonide</i> .....48
<i>bacitracin (ophthalmic)</i>....55	BEXSERO INJ .....53	<i>budesonide (inhalation)</i> ..59
<i>bacitracin-polymyxin b</i> <i>ophth oint</i> .....55	<i>bicalutamide</i>.....17	<i>bumetanide</i> .....27
<i>bacitracin-polymyxin-</i> <i>neomycin-hc ophth oint</i> <i>1%</i>.....55	BICILLIN L-A.....15	<i>buprenorphine hcl</i>.....38
<i>baclofen</i> .....38	BIKTARVY TAB 30-120-15 MG .....12	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 12-3</i> <i>mg (base equiv)</i> .....39
<i>balsalazide disodium</i> .....48	BIKTARVY TAB 50-200-25 MG .....12	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i> <i>mg (base equiv)</i> .....39
BALVERSA.....18	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-6.25 mg</i> .....25	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 4-1</i> <i>mg (base equiv)</i> .....39
<i>balziva</i> .....43	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>2.5-6.25 mg</i> .....25	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 8-2</i> <i>mg (base equiv)</i> .....39
BARACLUDE.....13	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25 mg</i> .....25	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i> <i>mg (base equiv)</i> .....39
BASAGLAR KWIKPEN...41	<i>bisoprolol fumarate</i> .....26	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab 8-2</i> <i>mg (base equiv)</i> .....39
BCG VACCINE .....53	BIVIGAM.....52	
BD ALCOHOL SWABS...41	BLEPHAMIDE OIN S.O.P. .....55	
BELSOMRA.....37		
<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i> .....21		
<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i> .....21		
<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i> .....21		

<i>bupropion hcl</i>	32	<i>carbidopa & levodopa tab</i>		<i>cefuroxime axetil</i>	14
<i>bupropion hcl (smoking</i>		<i>er 25-100 mg</i>	33	<i>cefuroxime sodium</i>	14
<i>deterrent)</i>	39	<i>carbidopa & levodopa tab</i>		<i>celecoxib</i>	8
<i>buspirone hcl</i>	28	<i>er 50-200 mg</i>	33	CELONTIN.....	29
<i>butorphanol tartrate</i>	9	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>cephalexin</i>	14
BYDUREON BCISE.....	39	<i>entacapone tabs 12.5-</i>		CERDELGA.....	46
BYETTA.....	39	<i>50-200 mg</i>	33	CEREZYME.....	46
C		<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>cetirizine hcl</i>	57
<i>cabergoline</i>	46	<i>entacapone tabs 18.75-</i>		<i>cevimeline hcl</i>	63
CABOMETYX	18	<i>75-200 mg</i>	33	CHANTIX PAK 0.5& 1MG	
<i>calcipotriene</i>	61	<i>carbidopa-levodopa-</i>		.....	39
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	42	<i>entacapone tabs 25-100-</i>		<i>chateal</i>	43
<i>calcitrene</i>	61	<i>200 mg</i>	33	CHEMET.....	42
<i>calcitriol</i>	47	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorhexidine gluconate</i>	
<i>calcium acetate (phosphate</i>		<i>entacapone tabs 31.25-</i>		<i>(mouth-throat)</i>	63
<i>binder)</i>	46	<i>125-200 mg</i>	33	<i>chloroquine phosphate</i> ...	11
CALQUENCE	18	<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorpromazine hcl</i>	34
<i>camila</i>	43	<i>entacapone tabs 37.5-</i>		CHLORPROMAZINE	
<i>candesartan cilexetil</i>	24	<i>150-200 mg</i>	33	HYDROCHLOR.....	34
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>carbidopa-levodopa-</i>		<i>chlorthalidone</i>	27
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>entacapone tabs 50-200-</i>		<i>cholestyramine</i>	25
<i>16-12.5 mg</i>	23	<i>200 mg</i>	33	<i>cholestyramine light</i>	25
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>carboplatin</i>	16	<i>choline fenofibrate</i>	24
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>carglumic acid</i>	46	<i>ciclopirox olamine</i>	60
<i>32-12.5 mg</i>	23	<i>carteolol hcl (ophth)</i>	56	<i>cilostazol</i>	51
<i>candesartan cilexetil-</i>		<i>cartia xt</i>	26	CILOXAN	55
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>carvedilol</i>	26	CIMDUO TAB 300-300 ...	12
<i>32-25 mg</i>	23	<i>caspofungin acetate</i>	11	<i>cinacalcet hcl</i>	46
CAPLYTA	34	CAYSTON	10	CIPRO	15
CAPRELSA	18	<i>caziant</i>	43	CIPRO HC SUS ÓTICO .	57
<i>captopril</i>	22	<i>cefaclor</i>	14	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>	
<i>carb/levo orally</i>		CEFACLOR ER	14	<i>in d5w</i>	15
<i>disintegrating tab 10-</i>		<i>cefadroxil</i>	14	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>	
<i>100mg</i>	33	CEFAZOLIN INJ		<i>in d5w</i>	15
<i>carb/levo orally</i>		<i>1GM/50ML</i>	14	<i>ciprofloxacin hcl</i>	15
<i>disintegrating tab 25-</i>		<i>cefazolin sodium</i>	14	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	55
<i>100mg</i>	33	CEFAZOLIN SOLN		<i>ciprofloxacin-</i>	
<i>carb/levo orally</i>		<i>2GM/100ML-4%</i>	14	<i>dexamethasone otic susp</i>	
<i>disintegrating tab 25-</i>		<i>cefdinir</i>	14	<i>0.3-0.1%</i>	57
<i>250mg</i>	33	<i>cefepime hcl</i>	14	<i>cisplatin</i>	16
CARBAGLU	46	<i>cefixime</i>	14	<i>citalopram hydrobromide</i>	32
<i>carbamazepine</i>	29	<i>cefoxitin sodium</i>	14	<i>claravis</i>	60
<i>carbidopa</i>	33	<i>cefpodoxime proxetil</i>	14	<i>clarithromycin</i>	14
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		<i>cefprozil</i>	14	<i>clindamycin hcl</i>	10
<i>10-100 mg</i>	33	<i>ceftazidime</i>	14	<i>clindamycin palmitate</i>	
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		<i>hydrochloride</i>	10
<i>25-100 mg</i>	33	<i>1GM</i>	14	<i>clindamycin phosphate</i> ...	10
<i>carbidopa & levodopa tab</i>		CEFTAZIDIME/ SOL D5W		<i>clindamycin phosphate</i>	
<i>25-250 mg</i>	33	<i>2GM</i>	14	<i>(topical)</i>	60
		<i>ceftriaxone sodium</i>	14		

<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	10	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	56	<i>dantrolene sodium</i>	38
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	10	COMBIVENT AER 20-100	57	<i>dapsone</i>	10
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	10	COMETRIQ (60MG DOSE)	18	DAPTACEL INJ	53
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	50	COMETRIQ KIT 100MG	18	<i>daptomycin</i>	10
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	10	COMETRIQ KIT 140MG	18	DAPTOMYCIN	10
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	10	COMPLERA TAB	12	<i>darifenacin hydrobromide</i>	49
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	10	<i>compro</i>	47	<i>dasetta 1/35</i>	43
CLINIMIX INJ 4.25/D10	55	<i>constulose</i>	48	<i>dasetta 7/7/7</i>	43
CLINIMIX INJ 4.25/D5W	55	COPIKTRA	18	DAURISMO	18
CLINIMIX INJ 5%/D15W	55	CORLANOR	27	<i>deblitane</i>	43
CLINIMIX INJ 5%/D20W	55	COTELLIC	18	<i>deferasirox</i>	43
CLINIMIX INJ 6/5	55	CREON CAP 12000UNT	49	DELESTROGEN	45
CLINIMIX INJ 8/10	55	CREON CAP 24000UNT	49	DELSTRIGO TAB	13
CLINIMIX INJ 8/14	55	CREON CAP 3000UNIT	49	DENG VAXIA SUS	53
<i>clinisol sf 15%</i>	55	CREON CAP 36000UNT	49	DESCOVY TAB 120-15MG	13
CLINOLIPID EMU 20%	55	CREON CAP 6000UNIT	49	DESCOVY TAB 200/25MG	13
<i>clobazam</i>	29	<i>cromolyn sodium</i>	58	<i>desipramine hcl</i>	32
<i>clobetasol propionate</i>	61	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	48	<i>desloratadine</i>	57
<i>clobetasol propionate e</i>	61	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	56	<i>desmopressin acetate</i>	46
<i>clomipramine hcl</i>	32	<i>cryselle-28</i>	43	<i>desmopressin acetate spray</i>	46
<i>clonazepam</i>	29	<i>cyanocobalamin</i>	63	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	46
<i>clonidine</i>	27	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	38	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	43
<i>clonidine hcl</i>	27	<i>cyclophosphamide</i>	16	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	43
<i>clopidogrel bisulfate</i>	51	CYCLOPHOSPHAMIDE	16	<i>desvenlafaxine succinate</i>	32
<i>clorazepate dipotassium</i>	29	MONOHYDR	16	<i>dexamethasone</i>	45
<i>clotrimazole</i>	63	<i>cycloserine</i>	13	DEXAMETHASONE INTENSOL	45
<i>clotrimazole (topical)</i>	60, 61	<i>cyclosporine</i>	53	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	45
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	61	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	53	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	56
<i>clozapine</i>	34	<i>cyproheptadine hcl</i>	57	<i>dexlansoprazole</i>	49
COARTEM TAB 20-120MG	11	<i>cyred eq</i>	43	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	36
<i>colchicine</i>	8	CYSTADANE POW	46	<i>dextrose</i>	55
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	8	CYSTADROPS	57	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	54
<i>colesevelam hcl</i>	25	CYSTAGON	46	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	54
<i>colestipol hcl</i>	25	CYSTARAN	57	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	54
<i>colistimethate sodium</i>	10	<i>cytarabine</i>	16		
		D			
		D10W/NACL INJ 0.2%	54		
		D2.5W/NACL INJ 0.45%	54		
		D5W/LYTES INJ #48	54		
		<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	50		
		<i>dalfampridine</i>	38		
		DALIRESP	58		
		<i>danazol</i>	45		

dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	54	diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml....	48	EDURANT	12
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	54	diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	48	efavirenz	12
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	54	dipyridamole	51	efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	13
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	54	disopyramide phosphate.....	24	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	13
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	54	disulfiram	39	efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	13
DIACOMIT	29	divalproex sodium.....	29	elinest	43
diazepam	29	docetaxel	18	ELIQUIS	50
diazepam (anticonvulsant)	29	DOCETAXEL	18	ELIQUIS STARTER PACK	50
diazepam inj	29	dofetilide	24	ELLA.....	43
diazoxide	46	donepezil hydrochloride ..	31	eluryng	43
diclofenac potassium	8	DOPTelet	51	EMCYT	17
diclofenac sodium	8	dorzolamide hcl.....	56	emoquette	43
diclofenac sodium (ophth)	56	dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	56	EMSAM	32
diclofenac sodium (topical)	62	dotti.....	45	emtricitabine	12
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg	8	DOVATO TAB 50-300MG	13	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	13
diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg	8	doxazosin mesylate	22	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	13
dicloxacillin sodium	15	doxepin hcl	32	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	13
dicyclomine hcl	48	doxepin hcl (sleep).....	37	emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	13
DIFICID.....	15	doxercalciferol.....	47	EMTRIVA.....	12
diflunisal.....	8	doxorubicin hcl.....	16	EMVERM	10
difluprednate	56	doxorubicin hcl liposomal	16	enalapril maleate	22
digitek	27	doxy 100	16	enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	21
digox	28	doxycycline (monohydrate)	16	enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	21
digoxin	28	doxycycline hyclate	16	ENBREL	51
dihydroergotamine mesylate	37	DRIZALMA SPRINKLE ..	32	ENBREL MINI.....	51
DILANTIN	29	dronabinol	47	ENBREL SURECLICK....	51
DILANTIN INFATABS.....	29	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	43	ENDARI	51
DILANTIN-125	29	drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	43	endocet tab 10-325mg.....	9
diltiazem hcl	26	DROXIA.....	51	endocet tab 2.5-325mg.....	9
diltiazem hcl coated beads	26	droxidopa	28	endocet tab 5-325mg.....	9
diltiazem hcl extended release beads.....	26	duloxetine hcl.....	32	endocet tab 7.5-325mg.....	9
dilt-xr	26	dutasteride	49		
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	53	dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg	49		
diphenhydramine hcl.....	57	E			
		e.e.s. 400	15		
		ec-naproxen.....	8		
		EDARBI	24		
		EDARBYCLOR TAB 40-12.5	23		
		EDARBYCLOR TAB 40-25MG	23		

ENGERIX-B.....	53	esomeprazole magnesium	39	FARXIGA.....	39
enoxaparin sodium	50	.....	49	FASENRA.....	59
enpresse-28.....	43	estaryl.....	43	FASENRA PEN	59
enskyce	43	estradiol	45	febuxostat	8
ENSTILAR AER.....	61	estradiol & norethindrone		felbamate	29
entacapone.....	33	acetate tab 0.5-0.1 mg	45	felodipine	26
entecavir	13	estradiol & norethindrone		femynor.....	43
ENTRESTO TAB 24-26MG		acetate tab 1-0.5 mg ...	45	fenofibrate	24
.....	23	estradiol vaginal.....	45	fenofibrate micronized	25
ENTRESTO TAB 49-51MG		estradiol valerate	45	fentanyl.....	8
.....	23	ethambutol hcl	13	fentanyl citrate	9
ENTRESTO TAB 97-		ethosuximide.....	29	fesoterodine fumarate	49
103MG	23	ethynodiol diacetate &		FETZIMA	32
enulose	48	ethinyl estradiol tab 1		FETZIMA CAP TITRATIO	
EPCLUSA PAK 150-37.5	13	mg-35 mcg	43	.....	32
EPCLUSA PAK 200-50MG		ethynodiol diacetate &		FIASP FLEX INJ TOUCH	41
.....	13	ethinyl estradiol tab 1		FIASP INJ 100/ML	41
EPCLUSA TAB 200-50MG		mg-50 mcg	43	FIASP PENFIL INJ U-100	
.....	13	etodolac	8	.....	41
EPCLUSA TAB 400-100.	13	etonogestrel-ethinyl		FINACEA	62
EPIDIOLEX.....	29	estradiol va ring 0.120-		finasteride	49
epinephrine (anaphylaxis)		0.015 mg/24hr	43	FINTEPLA.....	29
.....	58	etoposide	18	flac	57
epirubicin hcl.....	16	etravirine	12	FLAREX.....	56
epitol	29	euthyrox.....	47	FLEBOGAMMA DIF.....	52
EPIVIR HBV	13	everolimus	18	flecainide acetate.....	24
eplerenone.....	22	everolimus		FLOVENT DISKUS.....	59
EPRONTIA	29	(immunosuppressant) .	53	FLOVENT HFA.....	59
ergocalciferol	63	EVOTAZ TAB 300-150 ...	13	fluconazole.....	11
ergotamine w/ caffeine tab		exemestane	17	fluconazole in nacl 0.9% inj	
1-100 mg.....	37	EXKIVITY	18	200 mg/100ml	11
ERIVEDGE	18	EZALLOR SPRINKLE.....	25	fluconazole in nacl 0.9% inj	
ERLEADA.....	17	ezetimibe	25	400 mg/200ml	11
erlotinib hcl	18	ezetimibe-simvastatin tab		flucytosine	11
errin	43	10-10 mg	25	fludrocortisone acetate ...	45
ertapenem sodium	10	ezetimibe-simvastatin tab		flunisolide (nasal).....	59
ery.....	60	10-20 mg	25	fluocinolone acetoneide ..	61,
ery-tab	15	ezetimibe-simvastatin tab		62	
ERYTHROCIN		10-40 mg	25	fluocinolone acetoneide	
LACTOBIONATE	15	ezetimibe-simvastatin tab		(otic)	57
erythrocine stearate	15	10-80 mg	25	fluocinonide.....	62
erythromycin (acne aid) ..	60	F		fluocinonide emulsified	
erythromycin (ophth).....	55	FABRAZYME.....	46	base	62
erythromycin base	15	falmina	43	fluorometholone (ophth) ..	56
erythromycin ethylsuccinate		famciclovir.....	13	fluorouracil	16
.....	15	famotidine	48	fluorouracil (topical)	62
erythromycin lactobionate		famotidine in nacl 0.9% iv		fluoxetine hcl.....	32
.....	15	soln 20 mg/50ml.....	48	fluphenazine decanoate ..	34
ESBRIET	58, 59	FANAPT	34	fluphenazine hcl.....	34
escitalopram oxalate	32	FANAPT PAK	34	flurbiprofen.....	8

<i>flurbiprofen sodium</i>	56	<i>gavilyte-g</i>	48	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	11
<i>flutamide</i>	17	<i>gavilyte-n/ flavor pack</i>	48	<i>guanfacine hcl</i>	28
<i>fluticasone propionate</i>	62	GAVRETO	18	<i>guanfacine hcl (adhd)</i>	36
<i>fluticasone propionate</i> (nasal)	59	<i>gemcitabine hcl</i>	17	GVOKE HYPOPEN 2- PACK	46
<i>fluvastatin sodium</i>	25	<i>gemfibrozil</i>	25	GVOKE KIT	46
<i>fluvoxamine maleate</i>	28	<i>generlac</i>	48	GVOKE PFS	46
<i>folic acid</i>	63	<i>gengraf</i>	53	H	
<i>fondaparinux sodium</i>	50	GENOTROPIN	46	HAEGARDA	51
<i>formoterol fumarate</i>	58	GENOTROPIN MINQUICK	46	<i>hailey 1.5/30</i>	43
FORTEO	42	<i>gentak</i>	55	<i>halobetasol propionate</i> ...	62
FOSAMAX + D TAB 70- 2800	42	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i> <i>mg/ml</i>	10	<i>haloperidol</i>	34
FOSAMAX + D TAB 70- 5600	42	<i>gentamicin in saline inj 1</i> <i>mg/ml</i>	10	<i>haloperidol decanoate</i> ...	34
<i>fosamprenavir calcium</i>	12	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i> <i>mg/ml</i>	10	<i>haloperidol lactate</i>	34
<i>fosinopril sodium</i>	22	<i>gentamicin in saline inj 1.6</i> <i>mg/ml</i>	10	HARVONI PAK 33.75- 150MG	13
<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg	21	<i>gentamicin in saline inj 2</i> <i>mg/ml</i>	10	HARVONI PAK 45-200MG	13
<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg	21	<i>gentamicin sulfate</i>	10	HARVONI TAB 45-200MG	13
FOTIVDA	18	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i>	56	HARVONI TAB 90-400MG	13
FREAMINE III INJ 10% ...	55	<i>gentamicin sulfate (topical)</i>	60	HAVRIX	53
<i>fulvestrant</i>	17	GENVOYA TAB	13	<i>heather</i>	43
<i>furosemide</i>	27	GILENYA	38	HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	50
<i>furosemide inj</i>	27	GILOTRIF	18	<i>heparin sodium (porcine)</i> 50	
FUZEON	12	<i>glatiramer acetate</i>	38	<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w	50
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	45	<i>glatopa</i>	38	<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 20000</i> <i>unit/500ml-5%</i>	50
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	45	<i>glimepiride</i>	39	<i>heparin sodium (porcine)-</i> <i>dextrose iv sol 25000</i> <i>unit/500ml-5%</i>	50
FYCOMPA	29	<i>glipizide</i>	39	HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	50
G		<i>glipizide xl</i>	39	<i>hepatamine</i>	55
<i>gabapentin</i>	29, 30	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg	40	HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	19
<i>galantamine hydrobromide</i>	31	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg	40	HERCEPTIN	19
GAMASTAN INJ	52	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg	40	HERZUMA	19
GAMMAGARD LIQUID ...	52	<i>glycopyrrolate</i>	48	HETLIOZ	37
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH	52	<i>glydo</i>	62	HIBERIX	53
GAMMAKED	52	GLYXAMBI TAB 10-5 MG	40	HUMIRA	51
GAMMAPLEX	52	GLYXAMBI TAB 25-5 MG	40	HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	51
GAMUNEX-C	52	GOLYTELY SOL	48	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D	51
<i>ganciclovir sodium</i>	13	GRALISE	38		
GARDASIL 9 INJ	53	<i>granisetron hcl</i>	47		
<i>gatifloxacin (ophth)</i>	55	<i>griseofulvin microsize</i>	11		
GATTEX	48				
GAUZE PADS 2	41				
<i>gavilyte-c</i>	48				

HUMIRA PEN	51	IDHIFA.....	19	<i>irbesartan-</i>	
HUMIRA PEN KIT PS/UV		ILEVRO	56	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
.....	51	<i>imatinib mesylate</i>	19	300-12.5 mg	23
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		IMBRUVICA.....	19	IRESSA	19
START	51	<i>imipenem-cilastatin</i>		<i>irinotecan hcl</i>	17
HUMIRA PEN-PEDIATRIC		<i>intravenous for soln 250</i>		ISENTRESS	12
UC S	52	mg	10	ISENTRESS HD	12
HUMIRA PEN-PS/UV		<i>imipenem-cilastatin</i>		<i>isibloom</i>	43
STARTER	52	<i>intravenous for soln 500</i>		ISOLYTE-P INJ /D5W.....	54
HUMULIN R U-500		mg	10	ISOLYTE-S INJ.....	54
(CONCENTR.....	41	<i>imipramine hcl</i>	32	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...54	
HUMULIN R U-500		<i>imiquimod</i>	62	<i>isoniazid</i>	13
KWIKPEN	41	IMOYAX RABIES		ISOPTO ATROPINE.....	57
<i>hydralazine hcl</i>	28	(H.D.C.V.).....	53	<i>isosorbide dinitrate</i>	28
<i>hydrochlorothiazide</i>	27	<i>incassia</i>	43	<i>isosorbide mononitrate</i> ...28	
<i>hydrocodone bitartrate</i>	8	INCRELEX.....	46	<i>isotretinoin</i>	60
<i>hydrocodone-</i>		INCRUSE ELLIPTA	57	<i>isradipine</i>	26
<i>acetaminophen soln 7.5-</i>		<i>indapamide</i>	27	<i>itraconazole</i>	11
325 mg/15ml	9	INFANRIX INJ.....	53	<i>ivermectin</i>	10
<i>hydrocodone-</i>		INFLIXIMAB.....	52	IXIARO INJ	53
<i>acetaminophen tab 10-</i>		INGREZZA	38	J	
325 mg	9	INGREZZA CAP 40-80MG		JAKAFI	19
<i>hydrocodone-</i>		.....	38	<i>jantoven</i>	50
<i>acetaminophen tab 5-325</i>		INLYTA	19	JANUMET TAB 50-1000.40	
mg	9	INQOVI TAB 35-100MG .17		JANUMET TAB 50-500MG	
<i>hydrocodone-</i>		INREBIC	19	.....	40
<i>acetaminophen tab 7.5-</i>		INSULIN SAFETY		JANUMET XR TAB 100-	
325 mg	9	NEEDLES	41	1000	40
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>		INSULIN SYRINGES:		JANUMET XR TAB 50-	
7.5-200 mg	9	BD/ULTIMED/ALLISON/		1000	40
<i>hydrocortisone</i>	45	TRIVIDIA/MHC.....	41	JANUMET XR TAB 50-	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>		INTELENCE.....	12	500MG	40
.....	48	INTRALIPID.....	55	JANUVIA.....	40
<i>hydrocortisone (rectal)</i> ...	62	INTRON A	53	JARDIANCE	40
<i>hydrocortisone (topical)</i> ..	62	<i>introvale</i>	43	<i>jasmiel</i>	43
<i>hydromorphone hcl</i>	9	INVEGA SUSTENNA.....	34	JENTADUETO TAB 2.5-	
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>		INVEGA TRINZA	34	1000	40
.....	52	INVIRASE	12	JENTADUETO TAB 2.5-	
<i>hydroxyurea</i>	17	IPOL INJ INACTIVE.....	53	500	40
<i>hydroxyzine hcl</i>	57, 58	<i>ipratropium bromide</i>	57	JENTADUETO TAB 2.5-	
<i>hydroxyzine pamoate</i>	58	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>		850	40
HYSINGLA ER.....	8	.....	57	JENTADUETO TAB XR	
I		<i>ipratropium-albuterol nebu</i>		2.5-1000MG	40
<i>ibandronate sodium</i>	42	<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 57		JENTADUETO TAB XR 5-	
IBRANCE.....	19	<i>irbesartan</i>	24	1000MG	40
<i>ibu</i>	8	<i>irbesartan-</i>		<i>jinteli</i>	45
<i>ibuprofen</i>	8	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>jolessa</i>	43
<i>icatibant acetate</i>	51	150-12.5 mg	23	<i>juleber</i>	43
<i>iclevia</i>	43			JULUCA TAB 50-25MG ..13	
ICLUSIG	19			<i>junel 1.5/30</i>	43

<i>junel 1/20</i>	43
<i>junel fe 1.5/30</i>	43
<i>junel fe 1/20</i>	43
K	
KADCYLA	19
KALYDECO	59
KANJINTI	19
<i>kariva</i>	43
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i> <i>inj</i>	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i> <i>inj</i>	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i> <i>0.45% inj</i>	54
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN NACL 0.45% INJ	54
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i> <i>0.9% inj</i>	54
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	54
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i> <i>dextrose 5% & nacl</i> <i>0.45% inj</i>	54
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN NACL 0.9% INJ	54
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	54
<i>kelnor 1/35</i>	43
<i>kelnor 1/50</i>	43
KERENDIA	22
KESIMPTA	38
<i>ketoconazole</i>	11
<i>ketoconazole (topical)</i>	61
<i>ketorolac tromethamine</i> <i>(ophth)</i>	56
KEYTRUDA	19
KINRIX INJ	53
KISQALI 200 DOSE	19
KISQALI 200 PAK FEMARA	17
KISQALI 400 DOSE	19

KISQALI 400 PAK FEMARA	17
KISQALI 600 DOSE	19
KISQALI 600 PAK FEMARA	17
<i>klor-con</i>	55
<i>klor-con 10</i>	55
<i>klor-con 8</i>	55
<i>klor-con m10</i>	55
<i>klor-con m15</i>	55
<i>klor-con m20</i>	55
KORLYM	46
<i>kurvelo</i>	43
KYNMOBI	33
L	
<i>labetalol hcl</i>	26
<i>lacosamide</i>	30
<i>lactated ringer's solution</i>	54
<i>lactic acid (ammonium</i> <i>lactate)</i>	62
<i>lactulose</i>	48
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	48
<i>lamivudine</i>	12
<i>lamivudine (hbv)</i>	13
<i>lamivudine-zidovudine tab</i> <i>150-300 mg</i>	13
<i>lamotrigine</i>	30
<i>lansoprazole</i>	49
<i>lapatinib ditosylate</i>	19
<i>larin 1.5/30</i>	43
<i>larin 1/20</i>	43
<i>larin fe 1.5/30</i>	43
<i>larin fe 1/20</i>	43
<i>larissia</i>	43
LASTACRAFT	56
<i>latanoprost</i>	56
LATUDA	34
<i>leena</i>	43
<i>leflunomide</i>	52
<i>lenalidomide</i>	17
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	19
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	19
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	19
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	19

LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	19
LENVIMA CAP 14 MG	19
LENVIMA CAP 18 MG	19
LENVIMA CAP 24 MG	19
<i>lessina</i>	43
<i>letrozole</i>	17
<i>leucovorin calcium</i>	21
LEUKERAN	16
<i>leuprolide acetate</i>	17
<i>levalbuterol hcl</i>	58
<i>levalbuterol tartrate</i>	58
LEVEMIR	41
LEVEMIR FLEXTOUCH	41
<i>levetiracetam</i>	30
<i>levetiracetam in sodium</i> <i>chloride iv soln 1000</i> <i>mg/100ml</i>	30
<i>levetiracetam in sodium</i> <i>chloride iv soln 1500</i> <i>mg/100ml</i>	30
<i>levetiracetam in sodium</i> <i>chloride iv soln 500</i> <i>mg/100ml</i>	30
<i>levobunolol hcl</i>	56
<i>levocarnitine (metabolic</i> <i>modifiers)</i>	46
<i>levocetirizine</i> <i>dihydrochloride</i>	58
levofloxacin	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> <i>250 mg/50ml</i>	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> <i>500 mg/100ml</i>	15
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> <i>750 mg/150ml</i>	15
levonest	43
<i>levonorgestrel & ethinyl</i> <i>estradiol (91-día) tab</i> <i>0.15-0.03 mg</i>	44
<i>levonorgestrel & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.1 mg-20</i> <i>mcg</i>	44
<i>levonorgestrel & ethinyl</i> <i>estradiol tab 0.15 mg-30</i> <i>mcg</i>	44
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> <i>0.05-30/0.075-40/0.125-</i> <i>30mg-mcg</i>	44
<i>levora 0.15/30-28</i>	44

<i>levo-t</i>.....47	<i>loryna</i>.....44	<i>medroxyprogesterone</i>
<i>levothyroxine sodium</i> .....47	<i>losartan potassium</i>.....24	<i>acetate</i> .....47
<i>levoxyl</i>.....47	<i>losartan potassium &</i>	<i>medroxyprogesterone</i>
LEXIVA.....12	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>acetate (contraceptive)</i> 44
<i>lidocaine</i> .....62	100-12.5 mg .....23	<i>mefloquine hcl</i>.....12
<i>lidocaine hcl</i>.....62	<i>losartan potassium &</i>	<i>megestrol acetate</i> .....17, 47
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>megestrol acetate</i>
.....10	100-25 mg .....23	<i>(appetite)</i> .....47
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	<i>losartan potassium &</i>	MEKINIST.....19
.....63	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MEKTOVI.....19
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	50-12.5 mg .....23	<i>meloxicam</i>.....8
2.5-2.5%.....62	LOTEMAX .....56	<i>memantine hcl</i> .....31
<i>lillow</i>.....44	<i>lovastatin</i> .....25	MENACTRA INJ .....53
<i>linezolid</i>.....10	<i>low-ogestrel</i> .....44	MENQUADFI INJ.....53
<i>linezolid in sodium chloride</i>	<i>loxapine succinate</i> .....34	MENVEO INJ.....53
<i>iv soln 600 mg/300ml-</i>	LUMAKRAS.....19	<i>mercaptopurine</i>.....17
0.9%.....10	LUMIGAN .....56	<i>meropenem</i>.....10
LINZESS.....48	LUMIZYME .....46	<i>mesalamine</i> .....48
<i>liothyronine sodium</i>.....47	LUPRON DEPOT (1-	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .48
<i>lisinopril</i>.....22	MONTH).....17	MESNEX.....21
<i>lisinopril &</i>	LUPRON DEPOT (3-	<i>metadate er</i>.....36
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MONTH).....17	<i>metformin hcl</i> .....40
10-12.5 mg .....21	LUPRON DEPOT-PED (1-	<i>methadone hcl</i> .....8
<i>lisinopril &</i>	MONTH.....46	<i>methadone hydrochloride i8</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LUPRON DEPOT-PED (3-	<i>methazolamide</i> .....27
20-12.5 mg .....22	MONTH.....46	<i>methenamine hippurate</i> ..10
<i>lisinopril &</i>	<i>lutra</i>.....44	<i>methimazole</i> .....47
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>lyleq</i> .....44	<i>methotrexate sodium</i> 17, 52
20-25 mg .....22	<i>lyllana</i> .....45	<i>methylphenidate hcl</i> ..36, 37
LITHIUM .....38	LYNPARZA.....19	<i>methylprednisolone</i>.....45
<i>lithium carbonate</i> .....38	LYSODREN .....17	<i>methylprednisolone acetate</i>
LIVALO .....25	<i>lyza</i> .....44	45
<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....44	M	<i>methylprednisolone sod</i>
<i>loestrin 1/20-21</i> .....44	<i>magnesium sulfate</i>.....54	<i>succ</i>.....45
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....44	MAGNESIUM SULFATE 54	<i>metoclopramide hcl</i>.....47
<i>loestrin fe 1/20</i> .....44	<i>magnesium sulfate in</i>	<i>metolazone</i> .....27
LOKELMA.....43	<i>dextrose 5% iv soln 1</i>	<i>metoprolol &</i>
LONSURF TAB 15-6.14 .17	<i>gm/100ml</i> .....54	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
LONSURF TAB 20-8.19 .17	<i>malathion</i> .....63	100-25 mg .....26
<i>loperamide hcl</i> .....49	<i>maraviroc</i>.....12	<i>metoprolol &</i>
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i>	<i>marlissa</i> .....44	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
100 mg/5ml (80-20	MARPLAN .....32	100-50 mg .....26
mg/ml) .....13	MATULANE .....17	<i>metoprolol &</i>
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-</i>	<i>matzim la</i> .....26	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
25 mg .....13	MAVYRET PAK 50-20MG	50-25 mg .....25
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-</i>	13	<i>metoprolol succinate</i> .....26
50 mg .....13	MAVYRET TAB 100-40MG	<i>metoprolol tartrate</i>.....26
<i>lorazepam</i>.....28	14	<i>metronidazole</i> .....10
<i>lorazepam intensol</i>.....28	<i>meclizine hcl</i> .....47	<i>metronidazole (topical)</i> ...62
LORBRENA.....19		<i>metronidazole vaginal</i>....50

<i>metirosine</i>	28	NAMZARIC CAP 21-10MG	31	<i>nimodipine</i>	26
MG SO4/D5W INJ				NINLARO.....	20
10MG/ML	54	NAMZARIC CAP 28-10MG	31	<i>nisoldipine</i>	26
<i>micafungin sodium</i>	11			<i>nitazoxanide</i>	10
<i>microgestin 1.5/30</i>	44	NAMZARIC CAP 7-10MG	31	<i>nitisinone</i>	46
<i>microgestin 1/20</i>	44			NITRO-BID	28
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	44	NAMZARIC CAP PACK ..	31	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	
<i>microgestin fe 1/20</i>	44	<i>naproxen</i>	8	.....	11
<i>midodrine hcl</i>	28	<i>naproxen sodium</i>	8	<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>miglustat</i>	46	<i>naratriptan hcl</i>	37	macro	11
<i>mili</i>	44	NATACYN	56	<i>nitroglycerin</i>	28
<i>mimvey</i>	45	<i>nateglinide</i>	40	<i>nizatidine</i>	48
<i>minocycline hcl</i>	16	NATPARA.....	42	<i>nora-be</i>	44
<i>minoxidil</i>	28	NAYZILAM.....	30	<i>norethindrone</i>	
<i>mirtazapine</i>	32	<i>nebivolol hcl</i>	26	(contraceptive)	44
<i>misoprostol</i>	49	<i>necon 0.5/35-28</i>	44	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
MITIGARE	8	<i>nefazodone hcl</i>	32	estradiol tab 1 mg-20	
M-M-R II INJ	53	<i>neomycin sulfate</i>	10	mcg	44
M-NATAL PLUS TAB.....	55	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>		<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>modafinil</i>	38	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>		estradiol tab 1.5 mg-30	
<i>moexipril hcl</i>	22	400unt-10000unt op oin		mcg	44
<i>molindone hcl</i>	35	.....	56	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>mometasone furoate</i>	62	<i>neomycin-polymy-gramicid</i>		estradiol-fe tab 1 mg-20	
<i>mometasone furoate</i>		op sol 1.75-10000-		mcg	44
(nasal)	59	0.025mg-unt-mg/ml	56	<i>norethindrone acetate</i>	47
MONJUVI	19	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>mono-lynyah</i>	44	<i>dexamethasone ophth</i>		ethinyl estradiol tab 0.5	
<i>montelukast sodium</i>	58	oint 0.1%	55	mg-2.5 mcg	45
<i>morphine sulfate</i>	9	<i>neomycin-polymyxin-</i>		<i>norethindrone acetate-</i>	
MORPHINE SULFATE	9	<i>dexamethasone ophth</i>		ethinyl estradiol tab 1	
MOVANTIK.....	49	susp 0.1%	55	mg-5 mcg	45
<i>moxifloxacin hcl</i>	15	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>		<i>norgestimate & ethinyl</i>	
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..	56	ophth susp.....	55	estradiol tab 0.25 mg-35	
MULTAQ.....	24	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>		mcg	44
<i>mupirocin</i>	60	soln 1%	57	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
MVASI	19	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>		0.18-25/0.215-25/0.25-25	
<i>mycophenolate mofetil</i>	53	susp 3.5 mg/ml-10000		mg-mcg	44
<i>mycophenolate sodium</i>	53	unit/ml-1%	57	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>myorisan</i>	60	NERLYNX.....	19	0.18-35/0.215-35/0.25-35	
MYRBETRIQ	49	NEUPRO	33	mg-mcg	44
N		<i>nevirapine</i>	12	NORITATE.....	62
<i>nabumetone</i>	8	NEXAVAR	19	<i>norlyroc</i>	44
<i>nadolol</i>	26	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>		NORPACE CR.....	24
<i>nafcillin sodium</i>	15	.....	25	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	44
NAGLAZYME	46	<i>nicardipine hcl</i>	26	<i>nortrel 1/35 (21)</i>	44
<i>nalbuphine hcl</i>	9	NICOTROL INHALER.....	39	<i>nortrel 1/35 (28)</i>	44
<i>naloxone hcl</i>	39	NICOTROL NS	39	<i>nortrel 7/7/7</i>	44
<i>naltrexone hcl</i>	39	<i>nifedipine</i>	26	<i>nortriptyline hcl</i>	32
NAMZARIC CAP 14-10MG		<i>nikki</i>	44	NORVIR.....	12
.....	31	<i>nilutamide</i>	17	NOVOLIN INJ 70/30	41

NOVOLIN INJ 70/30 FP..41	<i>olmesartan medoxomil-</i>	OTEZLA TAB 10/20/30...52
NOVOLIN N.....41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxacillin sodium</i> .....15
NOVOLIN N FLEXPEN...41	40-12.5 mg .....23	<i>oxaliplatin</i>.....16
NOVOLIN R.....41	<i>olmesartan medoxomil-</i>	<i>oxandrolone</i> .....39
NOVOLIN R FLEXPEN...42	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxaprozin</i> .....8
NOVOLOG .....42	40-25 mg .....23	<i>oxcarbazepine</i> .....30
NOVOLOG FLEXPEN ...42	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>oxybutynin chloride</i> ...49, 50
NOVOLOG MIX INJ 70/30	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>oxycodone hcl</i>.....9
.....42	20-5-12.5 mg.....23	<i>oxycodone w/</i>
NOVOLOG MIX INJ	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>acetaminophen tab 10-</i>
FLEXPEN.....42	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	325 mg .....10
NOVOLOG PENFILL .....42	40-10-12.5 mg .....23	<i>oxycodone w/</i>
NOXAFIL .....11	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>acetaminophen tab 2.5-</i>
NUBEQA .....17	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	325 mg .....9
NUDEXTA CAP 20-10MG	40-10-25 mg .....23	<i>oxycodone w/</i>
.....38	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>acetaminophen tab 5-325</i>
NULOJIX .....53	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	mg .....9
NULYTELY SOL	40-5-12.5 mg.....23	<i>oxycodone w/</i>
LMN/LIME .....48	<i>olmesartan-amlodipine-</i>	<i>acetaminophen tab 7.5-</i>
NUPLAZID .....35	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	325 mg .....10
NURTEC.....37	40-5-25 mg .....23	OZEMPIC (0.25 OR
NUTRILIPID.....55	<i>olopatadine hcl</i>.....56	0.5MG/DOSE) .....40
NUZYRA.....16	<i>olopatadine hcl (nasal)</i> ...58	OZEMPIC (1MG/DOSE) .40
<i>nyamyc</i> .....61	<i>omeprazole</i> .....49	OZEMPIC (2MG/DOSE)
<i>nylia 1/35</i> .....44	OMNARIS .....59	SOPN 8MG/3ML .....40
<i>nylia 7/7/7</i> .....44	OMNIPOD 5 G6 KIT	P
NYMALIZE.....26	INTRO .....42	<i>pacerone</i> .....24
<i>nymyo</i> .....44	OMNIPOD 5 G6 MIS PODS	<i>paclitaxel</i>.....18
<i>nystatin</i> .....11	42	PACLITAXEL INJ 100MG
<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...63	OMNIPOD DASH KIT	18
<i>nystatin (topical)</i>.....61	INTRO .....42	<i>paclitaxel protein-bound</i>
<i>nystop</i> .....61	OMNIPOD DASH MIS	<i>particles for iv susp 100</i>
O	PODS.....42	mg .....18
<i>ocella</i> .....44	OMNIPOD MIS CLASSIC	<i>paliperidone</i> .....35
OCTAGAM .....52	42	<i>pamidronate disodium</i> ....42
<i>octreotide acetate</i> .....46	OMNIPOD PDM KIT	PAMIDRONATE
ODEFSEY TAB.....13	CLASSIC.....42	DISODIUM .....42
ODOMZO .....20	<i>ondansetron</i>.....47	PANRETIN.....63
OFEV .....59	<i>ondansetron hcl</i> .....47, 48	<i>pantoprazole sodium</i> .....49
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....56	ONTRUZANT.....20	PANZYGA.....52
<i>ofloxacin (otic)</i> .....57	ONUREG .....17	<i>paraplatin</i> .....16
OGIVRI .....20	OPSUMIT .....28	<i>paricalcitol</i>.....47
OGIVRI INJ 420MG .....20	ORGOVYX .....17	<i>paromomycin sulfate</i>.....11
<i>olanzapine</i> .....35	ORKAMBI GRA 100-125 59	<i>paroxetine hcl</i> .....32
<i>olmesartan medoxomil</i> ...24	ORKAMBI GRA 150-188 59	PASER .....13
<i>olmesartan medoxomil-</i>	ORKAMBI TAB 100-125 .59	PAXIL .....32
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	ORKAMBI TAB 200-125 .59	PEDIARIX INJ 0.5ML.....53
20-12.5 mg .....23	<i>orsythia</i> .....44	PEDVAX HIB .....53
	<i>oseltamivir phosphate</i> ....14	
	OTEZLA.....52	

<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>.....48	<i>pioglitazone hcl</i>.....40	<i>pramipexole dihydrochloride</i>.....33
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i>....48	<i>piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm)</i>.....16	<i>prasugrel hcl</i>.....51
PEGASYS .....14	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm)</i>.....16	<i>pravastatin sodium</i>.....25
PEMAZYRE.....20	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm)</i>.....16	<i>praziquantel</i>.....11
<i>pemetrexed disodium</i> .....17	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>.....16	<i>prazosin hcl</i>.....22
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML .....16	<i>piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm)</i>.....16	<i>prednisolone</i> .....45
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML .....16	PIQRAY 200MG DAILY DOSE.....20	<i>prednisolone acetate (ophth)</i>.....56
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA.....42	PIQRAY 250MG TAB DOSE.....20	PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....56
<i>penicillamine</i>.....43	PIQRAY 300MG DAILY DOSE.....20	<i>prednisolone sodium phosphate</i> .....45
<i>penicillin g potassium</i>.....16	<i>pirfenidone</i>.....59	<i>prednisone</i> .....45
PENICILLIN G PROCAINE.....16	<i>pirmella 1/35</i>.....44	PREDNISONE INTENSOL.....45
<i>penicillin g sodium</i> .....16	<i>piroxicam</i> .....8	<i>pregabalin</i> .....30
<i>penicillin v potassium</i>.....16	PLASMA-LYTE INJ -148 54	<i>pregabalin (once-daily)</i> ...38
PENTACEL INJ .....53	PLASMA-LYTE INJ -A ...54	PREHEVBRIO .....53
<i>pentamidine isethionate inh</i>.....11	<i>plenamine</i> .....55	PREMASOL SOL 10% ...55
<i>pentamidine isethionate inj</i>.....11	PLENVU SOL .....48	PRENATAL TAB 27-1MG.....55
<i>pentoxifylline</i>.....51	<i>podofilox</i> .....63	PRENATAL TAB PLUS ..55
<i>perindopril erbumine</i> .....22	<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%</i>.....56	PRENATAL VIT TAB LOW IRON .....55
<i>periogard</i> .....63	POMALYST .....17	<i>prevalite</i> .....25
<i>permethrin</i> .....63	<i>portia-28</i> .....44	PREVYMIS .....14
<i>perphenazine</i>.....35	<i>posaconazole</i>.....11	PREZCOBIX TAB 800-150.....13
PERSERIS .....35	<i>potassium chloride</i>....54, 55	PREZISTA .....12
<i>pfizerpen</i>.....16	POTASSIUM CHLORIDE.....54	PRIFTIN.....13
<i>phenelzine sulfate</i>.....32	<i>potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj</i>.....54	PRIOSEC.....49
<i>phenobarbital</i>.....30	<i>potassium chloride microencapsulated crystals er</i>.....55	<i>primaquine phosphate</i> ....12
<i>phenobarbital sodium</i> ....30	<i>potassium citrate (alkalinizer)</i>.....49	PRIMAQUINE PHOSPHATE .....12
PHENYTEK .....30	PRADAXA .....50	<i>primidone</i> .....30
<i>phenytoin</i> .....30	PRALUENT.....25	PRIORIX INJ.....53
<i>phenytoin sodium</i>.....30		PRIVIGEN.....52
<i>phenytoin sodium extended</i>.....30		<i>probenecid</i>.....8
PHESGO SOL .....20		PROCALAMINE INJ 3% .55
<i>philith</i> .....44		<i>prochlorperazine</i> .....48
<i>phytonadione</i> .....63		<i>prochlorperazine edisylate</i>.....48
PIFELTRO .....12		<i>prochlorperazine maleate</i>.....48
<i>pilocarpine hcl</i>.....56		PROCRIT.....50
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....63		<i>procto-med hc</i>.....63
<i>pimozide</i> .....35		<i>procto-pak</i>.....63
<i>pimtrex</i>.....44		<i>proctosol hc</i> .....63
<i>pindolol</i> .....26		<i>proctozone-hc</i> .....63

PROGRAF.....	53	REMICADE.....	52	SAVELLA MIS TITR PAK	
PROLASTIN-C.....	59	RENFLEXIS.....	52	.....	38
PROLENSA.....	56	<i>repaglinide</i>	40	SCEMBLIX.....	20
PROLIA.....	42	RESTASIS.....	57	<i>scopolamine</i>	48
PROMACTA.....	51	RESTASIS MULTIDOSE	57	SECUADO.....	35
<i>promethazine hcl</i>	48	RETEVMO.....	20	<i>selegiline hcl</i>	34
<i>propafenone hcl</i>	24	REVLIMID.....	17	<i>selenium sulfide</i>	61
<i>proparacaine hcl</i>	57	REXULTI.....	35	SELZENTRY.....	12
<i>propranolol hcl</i>	26	REYATAZ.....	12	SEREVENT DISKUS.....	58
<i>propylthiouracil</i>	47	REZUROCK.....	53	<i>sertraline hcl</i>	32
PROQUAD INJ.....	53	RHOPRESSA.....	56	<i>setlakin</i>	44
PROSOL INJ 20%.....	55	RIABNI.....	20	<i>sevelamer carbonate</i> 46, 47	
<i>protriptyline hcl</i>	32	<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	14	<i>sharobel</i>	44
PULMICORT FLEXHALER		<i>rifabutin</i>	13	SHINGRIX.....	54
.....	59	<i>rifampin</i>	13	SIGNIFOR.....	46
PULMOZYME.....	59	<i>riluzole</i>	38	<i>sildenafil citrate</i>	57
PURIXAN.....	17	<i>rimantadine hydrochloride</i>		<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>	
<i>pyrazinamide</i>	13	.....	14	<i>hypertension)</i>	28
<i>pyridostigmine bromide</i> ...	38	RINVOQ.....	52	<i>silodosin</i>	49
Q		<i>risedronate sodium</i>	42	<i>silver sulfadiazine</i>	60
QINLOCK.....	20	RISPERDAL CONSTA...35		SIMBRINZA SUS 1-0.2%56	
QUADRACEL INJ.....	53	<i>risperidone</i>	35	<i>simliya</i>	44
QUADRACEL INJ 0.5ML	53	<i>ritonavir</i>	12	<i>simvastatin</i>	25
<i>quetiapine fumarate</i>	35	RITUXAN.....	20	<i>sirolimus</i>	53
<i>quinapril hcl</i>	22	RITUXAN INJ HYCELA..20		SIRTURO.....	13
<i>quinapril-</i>		<i>rivastigmine</i>	31	SIVEXTRO.....	11
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>rivastigmine tartrate</i>	31	SKYRIZI.....	52
<i>10-12.5 mg</i>	22	<i>rizatriptan benzoate</i>	37	SKYRIZI PEN.....	52
<i>quinapril-</i>		<i>ropinirole hydrochloride</i> ..33,		<i>sodium chloride</i>	54
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		34		<i>sodium chloride (gu</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	22	<i>rosadan</i>	63	<i>irrigant)</i>	63
<i>quinapril-</i>		<i>rosuvastatin calcium</i>	25	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ROTARIX SUS.....	53	<i>1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i> ..55	
<i>20-25 mg</i>	22	ROTATEQ SOL.....	54	<i>sodium phenylbutyrate</i>....46	
<i>quinidine sulfate</i>	24	<i>roweepra</i>	30	<i>sodium polystyrene</i>	
<i>quinine sulfate</i>	12	ROZLYTREK.....	20	<i>sulfonate powder</i>	43
R		RUBRACA.....	20	<i>solifenacin succinate</i>	50
RABAVERT INJ.....	53	<i>rufinamide</i>	30	SOLIQUEA INJ 100/33.....	42
<i>rabeprazole sodium</i>	49	RUKOBIA.....	12	SOLTAMOX.....	17
<i>raloxifene hcl</i>	46	RUXIENCE.....	20	SOLU-CORTEF.....	45
<i>ramipril</i>	22	RYBELSUS.....	40	SOMATULINE DEPOT...46	
<i>ranolazine</i>	28	RYDAPT.....	20	SOMAVERT.....	46
<i>rasagiline mesylate</i>	33	S		<i>sorafenib tosylate</i>	20
RAYALDEE.....	47	<i>sajazir</i>	51	<i>sorine</i>	24
<i>reclipsen</i>	44	SANDIMMUNE.....	53	<i>sotalol hcl</i>	24
RECOMBIVAX HB.....	53	SANTYL.....	63	<i>sotalol hcl (afib/afl)</i>	24
RECTIV.....	63	<i>sapropterin dihydrochloride</i>		<i>spironolactone</i>	22
REGRANEX.....	63	.....	46	<i>spironolactone &</i>	
RELENZA DISKHALER..14		SAVELLA.....	38	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
RELISTOR.....	49			<i>25-25 mg</i>	27

<i>sprintec</i> 28	44	SYMPAZAN	31	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
SPRITAM	30	SYMTUZA TAB	13	80-10 mg	23
SPRYCEL	20	SYNAREL	45	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>	
<i>sps</i>	43	SYNERCID INJ 500MG ..	11	80-5 mg	23
<i>sronyx</i>	44	SYNJARDY TAB 12.5-		<i>telmisartan-</i>	
<i>ssd</i>	60	1000MG	41	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>stavudine</i>	12	SYNJARDY TAB 12.5-500		40-12.5 mg	24
STELARA	52	.....	40	<i>telmisartan-</i>	
STIVARGA	20	SYNJARDY TAB 5-		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>streptomycin sulfate</i>	11	1000MG	40	80-12.5 mg	24
STRIBILD TAB	13	SYNJARDY TAB 5-500MG		<i>telmisartan-</i>	
<i>subvenite</i>	30	.....	40	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>sucralfate</i>	49	SYNJARDY XR TAB 10-		80-25 mg	24
<i>sulfacetamide sodium</i>		1000	41	<i>temazepam</i>	37
(<i>acne</i>)	60	SYNJARDY XR TAB 12.5-		TEMIXYS TAB 300-300 ..	13
<i>sulfacetamide sodium</i>		1000MG	41	TENIVAC INJ 5-2LF	54
(<i>ophth</i>)	56	SYNJARDY XR TAB 25-		<i>tenofovir disoproxil</i>	
<i>sulfacetamide sodium-</i>		1000	41	<i>fumarate</i>	12
<i>prednisolone ophth soln</i>		SYNJARDY XR TAB 5-		TEPMETKO	20
10-0.23(0.25)%	55	1000MG	41	<i>terazosin hcl</i>	22
<i>sulfadiazine</i>	11	SYNRIBO	17	<i>terbinafine hcl</i>	11
<i>sulfamethoxazole-</i>		SYNTHROID	47	<i>terbutaline sulfate</i>	58
<i>trimethoprim iv soln 400-</i>		T		<i>terconazole vaginal</i>	50
80 mg/5ml	11	TABLOID	17	<i>testosterone</i>	39
<i>sulfamethoxazole-</i>		TABRECTA	20	<i>testosterone cypionate</i> ...	39
<i>trimethoprim susp 200-40</i>		<i>tacrolimus</i>	53	<i>testosterone enanthate</i> ...	39
mg/5ml	11	<i>tacrolimus (topical)</i>	63	<i>tetrabenazine</i>	38
<i>sulfamethoxazole-</i>		<i>tadalafil</i>	57	<i>tetracycline hcl</i>	16
<i>trimethoprim tab 400-80</i>		TAFINLAR	20	THALOMID	17
mg	11	TAGRISSO	20	THEO-24	59
<i>sulfamethoxazole-</i>		TALTZ	52	<i>theophylline</i>	59
<i>trimethoprim tab 800-160</i>		TALZENNA	20	<i>thioridazine hcl</i>	35
mg	11	<i>tamoxifen citrate</i>	17	<i>thiothixene</i>	35
SULFAMYLON	60	<i>tamsulosin hcl</i>	49	<i>tiadylt er</i>	26
<i>sulfasalazine</i>	48	TARGRETIN	63	<i>tiagabine hcl</i>	31
<i>sulindac</i>	8	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	44	TIBSOVO	20
<i>sumatriptan</i>	37	TASIGNA	20	TICOVAC	54
<i>sumatriptan succinate</i>	37	<i>tazarotene</i>	61	<i>tigecycline</i>	16
<i>sunitinib malate</i>	20	<i>tazicef</i>	14	TIGECYCLINE	16
SUPREP BOWEL SOL		TAZORAC	61	<i>tilia fe</i>	44
PREP KIT	48	<i>taztia xt</i>	26	<i>timolol maleate</i>	26
<i>syeda</i>	44	TAZVERIK	20	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	56
SYMBICORT AER 160-4.5		TDVAX INJ 2-2 LF	54	<i>timolol maleate (ophth)</i>	
.....	60	TECENTRIQ	20	once-daily	56
SYMBICORT AER 80-4.5		TEFLARO	14	TIVICAY	12
.....	60	<i>telmisartan</i>	24	TIVICAY PD	12
SYMDEKO TAB 100-15059		<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		<i>tizanidine hcl</i>	38
SYMDEKO TAB 50-75MG		40-10 mg	23	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	
.....	59	<i>telmisartan-amlodipine tab</i>		.....	55
SYMJEPI	59	40-5 mg	23		

TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	55	TRICARE TAB PRENATAL	55	TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE	20
<i>tobramycin</i>	11	<i>triderm</i>	62	TRUXIMA.....	20
<i>tobramycin (ophth)</i>	56	<i>trientine hcl</i>	43	TUKYSA	20
<i>tobramycin sulfate</i>	11	<i>tri-estarylla</i>	44	TURALIO	20
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	55	<i>trifluoperazine hcl</i>	35	TWINRIX INJ	54
<i>tolterodine tartrate</i>	50	<i>trifluridine</i>	56	TYBOST	12
<i>topiramate</i>	31	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	34	TYPHIM VI.....	54
<i>toposar</i>	18	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG	41	U	
<i>toremifene citrate</i>	17	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	41	UBRELVY	37
TOVIAZ.....	50	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG	41	<i>unithroid</i>	47
TPN ELECTROL INJ	55	TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG ...	41	<i>ursodiol</i>	49
TRADJENTA	41	TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG	59	V	
<i>tramadol hcl</i>	10	TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG	59	<i>valacyclovir hcl</i>	14
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	10	<i>tri-legest fe</i>	44	VALCHLOR	63
<i>trandolapril</i>	22	<i>tri-linyah</i>	44	<i>valganciclovir hcl</i>	14
<i>tranexamic acid</i>	51	<i>tri-lo-estarylla</i>	44	<i>valproate sodium</i>	31
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	32	<i>tri-lo-marzia</i>	44	<i>valproic acid</i>	31
TRAVASOL INJ 10%	55	<i>tri-lo-mili</i>	44	<i>valsartan</i>	24
<i>travoprost</i>	56	<i>tri-lo-sprintec</i>	44	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg</i>	24
TRAZIMERA.....	20	TRIMETHOPRIM	11	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg</i>	24
<i>trazodone hcl</i>	32	<i>tri-mili</i>	44	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg</i>	24
TRECATOR.....	13	<i>trimipramine maleate</i> 32, 33		<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg</i>	24
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	57	TRINTELLIX	33	<i>valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	24
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	57	<i>tri-nymyo</i>	44	VALTOCO.....	31
TRELSTAR MIXJECT.....	17	<i>tri-sprintec</i>	44	<i>vancomycin hcl</i>	11
<i>treprostinil</i>	28	TRIUMEQ PD TAB	13	VANCOMYCIN INJ 1 GM11	
TRESIBA	42	TRIUMEQ TAB	13	VANCOMYCIN INJ 500MG	11
TRESIBA FLEXTOUCH..	42	<i>trivora-28</i>	44	VANCOMYCIN INJ 750MG	11
<i>tretinoin</i>	60	<i>tri-vylibra</i>	44	VANDAZOLE	50
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .	17	<i>tri-vylibra lo</i>	44	VAQTA	54
TREXALL.....	52	TRIZIVIR TAB.....	13	<i>varenicline tartrate</i>	39
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	63	TROGARZO	12	<i>varenicline tartrate tab 0.5 mg x 11 & tab 1 mg x 42 pack</i>	39
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	62	TROPHAMINE INJ 10% .	55	VARIVAX	54
<i>triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	27	<i>trospium chloride</i>	50	VASCEPA.....	25
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	27	TRULICITY	41	VELCADE	20
<i>triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	27	TRUMENBA INJ	54		

<i>velivet</i>	44	<i>water for irrigation, sterile</i>		XPOVIO 80 MG TWICE	
VELPHORO.....	47	<i>irrigation soln</i>	63	WEEKLY	21
VELTASSA.....	43	WELIREG	17	XTANDI	17
VEMLIDY.....	14	<i>wera</i>	45	<i>xulane</i>	45
VENCLEXTA	20	X		XULTOPHY INJ 100/3.6	42
VENCLEXTA TAB START		XALKORI	21	XYREM.....	38
PK	20	XARELTO	50	Y	
<i>venlafaxine hcl</i>	33	XARELTO STAR TAB		YF-VAX INJ	54
VENTAVIS.....	28	15/20MG	50	<i>yuvaferm</i>	45
VENTOLIN HFA.....	58	XATMEP	52	Z	
VENTOLIN HFA		XCOPRI.....	31	<i>zafemy</i>	45
(INSTITUTIONAL PACK)		XCOPRI PAK 100-150....	31	<i>zafirlukast</i>	58
.....	58	XCOPRI PAK 12.5-25....	31	ZARXIO	51
<i>verapamil hcl</i>	26, 27	XCOPRI PAK 150-200MG		ZEJULA	21
VERQUVO.....	28	(MAINTENANCE).....	31	ZELBORAF.....	21
VERSACLOZ.....	35	XCOPRI PAK 150-200MG		ZEMAIRA.....	59
VERZENIO	20	(TITRATION).....	31	<i>zenatane</i>	60
<i>vestura</i>	44	XCOPRI PAK 50-100MG	31	ZENPEP CAP 10000UNT	
V-GO 20 KIT	42	XELJANZ.....	52	.....	49
V-GO 30 KIT	42	XELJANZ XR.....	52	ZENPEP CAP 15000UNT	
V-GO 40 KIT	42	XERMELO	49	.....	49
VICTOZA	41	XGEVA	42	ZENPEP CAP 20000UNT	
<i>vienna</i>	45	XIFAXAN	49	.....	49
<i>vigabatrin</i>	31	XIGDUO XR TAB 10-1000		ZENPEP CAP 25000	49
<i>vigadrone</i>	31	.....	41	ZENPEP CAP 3000UNIT	49
VIIBRYD	33	XIGDUO XR TAB 10-		ZENPEP CAP 40000	49
VIIBRYD KIT STARTER	33	500MG	41	ZENPEP CAP 5000UNIT	49
<i>vilazodone hcl</i>	33	XIGDUO XR TAB 2.5-1000		ZERVIAE	56
VIMPAT	31	.....	41	<i>zidovudine</i>	12
<i>vincristine sulfate</i>	18	XIGDUO XR TAB 5-		<i>ziprasidone hcl</i>	35
<i>vinorelbine tartrate</i>	18	1000MG	41	<i>ziprasidone mesylate</i>	35
<i>viorele</i>	45	XIGDUO XR TAB 5-500MG		ZIRABEV	21
VIRACEPT.....	12	.....	41	ZIRGAN	56
VIREAD	12	XIIDRA.....	57	<i>zoledronic acid</i>	42
VITRAKVI	21	XOLAIR	59	ZOLINZA.....	21
VIVITROL	39	XOSPATA.....	21	<i>zolmitriptan</i>	38
VIZIMPRO	21	XPOVIO 100 MG ONCE		<i>zolpidem tartrate</i>	37
VONJO	21	WEEKLY	21	<i>zonisamide</i>	31
<i>voriconazole</i>	11	XPOVIO 40 MG ONCE		ZORTRESS	53
VOSEVI TAB	14	WEEKLY	21	<i>zovia 1/35</i>	45
VOTRIENT	21	XPOVIO 40 MG TWICE		<i>zumandimine</i>	45
VRAYLAR.....	35	WEEKLY	21	ZYCLARA PUMP.....	63
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	35	XPOVIO 60 MG ONCE		ZYDELIG	21
<i>vyfemla</i>	45	WEEKLY	21	ZYKADIA	21
<i>vylibra</i>	45	XPOVIO 60 MG TWICE		ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	55
VYVANSE.....	37	WEEKLY	21	ZYPITAMAG.....	25
VYZULTA	56	XPOVIO 80 MG ONCE		ZYPREXA RELPREVV ..	35,
W		WEEKLY	21	36	
<i>warfarin sodium</i>	50				

Este formulario resumido se actualizó el 09/01/2022. 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