

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 7
H1016_PH262SP-092021_C

Este formulario resumido se actualizó el 01/01/2022. 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 01/01/2022. 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 01/01/2022. 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 67. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

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

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado:

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

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

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

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

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

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

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

AvMed Medicare efectivo 01/01/2022

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> <i>delayed release 50-0.2 mg</i>	4	
<i>diclofenac w/ misoprostol tab</i> <i>delayed release 75-0.2 mg</i>	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 OPIOIDES, ACCIÓN PROLONGADA		
<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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 5-325 mg</i> QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 7.5-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-acetaminophen</i> <i>tab 10-325 mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> <i>7.5-200 mg</i> QL (150 tabs / 30 días)	3	QL
<i>hydromorphone hcl</i> LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL
<i>hydromorphone hcl</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<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 100mg/5ml 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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>oxycodone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 7.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
<i>oxycodone w/ acetaminophen</i> tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>tramadol hcl</i> TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>tramadol-acetaminophen</i> tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
<i>lidocaine hcl (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 iv soln</i> 300 mg/50ml	4	

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
<i>lamivudine</i> SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
<i>nevirapine</i> SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
<i>nevirapine</i> TABS 200mg	2	GC
NORVIR PACK 100mg; SOLN 80mg/ml	4	
PIFELTRO TABS 100mg	5	
PREZISTA SUSP 100mg/ml QL (400 mL / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 75mg QL (480 tabs / 30 días)	4	QL
PREZISTA TABS 150mg QL (240 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
PREZISTA TABS 800mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
REYATAZ PACK 50mg	5	
<i>ritonavir</i> TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
<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	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 14
- 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 ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	3	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	5	
BIKTARVY TAB	5	
CIMDUO TAB 300-300	5	
COMPLERA TAB	5	
DELSTRIGO TAB	5	
DESCOVY TAB 200/25MG	5	
DOVATO TAB 50-300MG	5	
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
KALETRA TAB 100-25MG	4	
KALETRA TAB 200-50MG	5	
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 15
- 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>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg QL (168 caps / año)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg QL (84 caps / año)	3	QL
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml QL (1080 mL / año)	3	QL
PEGASYS SOLN 180mcg/0.5ml, 180mcg/ml	5	PA
PREVYMIS TABS 240mg, 480mg QL (28 tabs / 28 días)	5	QL PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister QL (6 inhaladores / año)	3	QL
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml	5	
<i>valganciclovir hcl</i> TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CEFALOSPORINAS		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazolin sodium</i> SOLR 1gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	GC
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>cefprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 7.5gm, 750mg	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>cephalexin</i> CAPS 250mg, 500mg	1	GC
<i>cephalexin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>tazicef</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
<i>azithromycin</i> PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
<i>azithromycin</i> TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
<i>clarithromycin</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
<i>clarithromycin</i> TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
<i>ery-tab</i> TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	5	
<i>erythrocine stearate</i> TABS 250mg	4	
<i>erythromycin base</i> CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> TABS 400mg	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
<i>ciprofloxacin</i> 200 mg/100ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin</i> 400 mg/200ml in d5w	3	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 100mg	4	
<i>ciprofloxacin hcl</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
<i>levofloxacin</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>levofloxacin</i> TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 250 mg/50ml	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 500 mg/100ml	3	
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i> 750 mg/150ml	3	
<i>moxifloxacin hcl</i> TABS 400mg	4	
PENICILINAS		
<i>amoxicillin</i> CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
<i>amoxicillin</i> CHEW 125mg, 250mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> <i>chew tab</i> 200-28.5 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i> <i>chew tab</i> 400-57 mg	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 200-28.5 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 250-62.5 mg/5ml	4	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 400-57 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate for</i> <i>susp</i> 600-42.9 mg/5ml	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 250-125 mg	3	
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 500-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> 875-125 mg	2	GC
<i>amoxicillin & k clavulanate tab</i> <i>er</i> 12hr 1000-62.5 mg	4	
<i>ampicillin</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> <i>for inj</i> 1.5 (1-0.5) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> <i>for inj</i> 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> <i>for iv soln</i> 1.5 (1-0.5) 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 & sulbactam sodium</i> for iv soln 3 (2-1) gm	4	
<i>ampicillin & sulbactam sodium</i> for iv soln 15 (10-5) gm	4	
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
<i>dicloxacillin sodium</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>nafcillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	
<i>penicillin g potassium</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
<i>penicillin g sodium</i> SOLR 5000000unit	4	
<i>penicillin v potassium</i> SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
<i>penicillin v potassium</i> TABS 250mg, 500mg	1	GC
<i>pfizerpen</i> SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam na</i> for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>piperacillin sod-tazobactam sod</i> for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
TETRACICLINAS		
<i>doxy 100</i> SOLR 100mg	4	
<i>doxycycline (monohydrate)</i> CAPS 50mg, 100mg	2	GC
<i>doxycycline (monohydrate)</i> TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
<i>doxycycline hyclate</i> SOLR 100mg	4	
<i>minocycline hcl</i> CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
<i>mondoxylene nl</i> CAPS 100mg	2	GC
<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
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 18
- 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
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D
<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
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		
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		
<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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 19
- 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
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	
INHIBIDORES MITÓTICOS		
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
<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
AGENTES MOLECULARES OBJETIVO		
AFINITOR TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>everolimus</i> TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	5	LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 20
- 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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 21
- 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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
SUTENT CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
TAGRISO TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS 1mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
TASIGNA CAPS 50mg, 150mg, 200mg	5	PA
TAZVERIK TABS 200mg	5	LA PA
TECENTRIQ SOLN 840mg/14ml, 1200mg/20ml	5	LA PA
TEPMETKO TABS 225mg	5	LA PA
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
UKONIQ TABS 200mg	5	LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** - Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
<i>amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>benazep/hctz tab 5-6.25</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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 23
- 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>enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	1	GC
<i>quinapril-hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
<i>benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg</i>	1	GC
<i>fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg</i>	1	GC
<i>lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	1	GC
<i>moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg</i>	1	GC
<i>perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg</i>	1	GC
<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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine-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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>candesartan cilexetil TABS 32mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>EDARBI TABS 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil TABS 5mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan TABS 320mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml; TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>amiodarone hcl TABS 200mg</i>	1	GC
<i>disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg</i>	4	
<i>dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg</i>	4	
<i>flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg</i>	3	
<i>MULTAQ TABS 400mg</i>	4	
<i>NORPACE CR CP12 100mg, 150mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 100mg, 400mg</i>	4	
<i>pacerone TABS 200mg</i>	1	GC
<i>propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg</i>	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 26
- 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>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, FIBRATOS		
<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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pravastatin sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>rosuvastatin calcium</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>simvastatin</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ZYPITAMAG TABS 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
ANTILIPÉMICOS, VARIOS		
<i>cholestyramine</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>cholestyramine light</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
<i>colesevelam hcl</i> PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
<i>colestipol hcl</i> GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
<i>colestipol hcl</i> TABS 1gm	3	
<i>ezetimibe</i> TABS 10mg	3	
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 40 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>ezetimibe-simvastatin tab 10- 80 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i> TBCR 500mg, 750mg, 1000mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
PRALUENT SOAJ 75mg/ml, 150mg/ml	3	PA
<i>prevalite</i> PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
VASCEPA CAPS .5gm, 1gm	4	

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
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	
<i>atenolol TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>bisoprolol fumarate TABS 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>BYSTOLIC TABS 20mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metoprolol tartrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	1	GC
<i>nadolol TABS 20mg, 40mg, 80mg</i>	3	
<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
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl coated beads TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	GC
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>isradipine CAPS 2.5mg, 5mg</i>	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 28
- 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>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	
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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>torseamide</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	
<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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 29
- 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 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	
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg</i>	2	GC
<i>methyldopa TABS 250mg, 500mg</i> Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<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	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg</i>	3	
<i>isosorbide mononitrate TABS 10mg, 20mg</i>	2	GC
<i>isosorbide mononitrate TB24 30mg, 60mg, 120mg</i>	1	GC
<i>minitran PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr</i>	3	
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
<i>bosentan TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)</i>	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension) TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)</i>	3	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 30
- 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>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA

SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD

<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>bupirone 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

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

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

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D 31
- 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
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<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	

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>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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
VIMPAT TABS 50mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 50-200MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>zonisamide</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>donepezil hydrochloride</i> TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
<i>galantamine hydrobromide</i> CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
<i>galantamine hydrobromide</i> SOLN 4mg/ml	4	
<i>galantamine hydrobromide</i> TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
<i>memantine hcl</i> CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml Se aplica PA si tienen menos de 30 años	4	PA
<i>memantine hcl</i> 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	
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIDEPRESIVOS		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB12 100mg, 150mg, 200mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA

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
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
fluoxetine hcl CAPS 10mg, 20mg	1	GC
fluoxetine hcl CAPS 40mg	2	GC
fluoxetine hcl SOLN 20mg/5ml	3	
imipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
mirtazapine TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
mirtazapine TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC
nefazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
nortriptyline hcl CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
nortriptyline hcl SOLN 10mg/5ml	4	
paroxetine hcl TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
paroxetine hcl 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
phenelzine sulfate TABS 15mg	3	
protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	4	
sertraline hcl CONC 20mg/ml	3	
sertraline hcl TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
tranylcypromine sulfate TABS 10mg	4	
trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
trimipramine maleate CAPS 25mg QL (240 caps / 30 días)	4	QL
trimipramine maleate CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
trimipramine maleate 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
venlafaxine hcl CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
venlafaxine hcl TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIIBRYD KIT STARTER	4	
ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
amantadine hcl SYRP 50mg/5ml	3	
amantadine hcl TABS 100mg	4	
benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	4	
benztropine mesylate TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
bromocriptine mesylate CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
carb/levo tab 10-100mg	4	
carb/levo tab 25-100mg	4	
carb/levo tab 25-250mg	4	
carbidopa TABS 25mg	4	
carbidopa & levodopa tab 10- 100 mg	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 35
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente **LA** - Disponibilidad Limitada
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha **SI** – Selectas Insulinas. No se
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa
de Falta de Cobertura.

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 36
- 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
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (135 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	3	
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 jeringuilla / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>loxapine succinate</i> CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 jeringuilla / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 37
- 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>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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	PA
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
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
<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

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 24hr 30 mg</i> 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 CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i> QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i> QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24 1mg, 2mg, 3mg, 4mg</i> QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
<i>metadate er TBCR 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
HIPNÓTICOS		
<i>BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 39
- 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
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
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
sumatriptan SOLN 5mg/act QL (24 units / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 lithium carbonate CAPS 150mg, 300mg, 600mg	4	
lithium carbonate TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	1	GC
lithium carbonate TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
pregabalin (once-daily) TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 40
- 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>pyridostigmine bromide</i> TABS 3 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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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</i> <i>hcl sl film 2-0.5 mg (base</i> <i>equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i> <i>hcl sl film 4-1 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i> <i>hcl sl film 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i> <i>hcl sl film 12-3 mg (base</i> <i>equiv)</i> QL (60 films / 30 días)	4	QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i> <i>hcl sl tab 2-0.5 mg (base</i> <i>equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buprenorphine hcl-naloxone</i> <i>hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)</i> QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>bupropion hcl (smoking</i> <i>deterrent)</i> TB12 150mg	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D 41
- 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
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg QL (56 tabs / 28 días)	4	QL PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG QL (106 tabs / año)	4	QL PA
<i>disulfiram</i> TABS 250mg, 500mg	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	
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
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
ANTIDIABÉTICOS		
<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

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 42
LA - Disponibilidad Limitada

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>pioglitazone hcl</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>repaglinide</i> TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

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
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
ANTIDIABÉTICOS, INSULINAS		
BASAGLAR KWIKPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH SI	3	
FIASP INJ 100/ML SI	3	
FIASP PENFIL INJ U-100 SI	3	
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SOPN 500unit/ml SI	5	
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVI DIA/MHC	3	
LEVEMIR SOLN 100unit/ml SI	3	
LEVEMIR FLEXTOUCH SOPN 100unit/ml SI	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLIN INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN INJ 70/30 FP SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N SUSP 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN N FLEXPEN SUPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD KIT STARTER QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD MIS 5 PACK QL (10 pods / 30 días)	4	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 44
- 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
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
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon) spray</i> SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 620mcg/2.48ml	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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	4	PA
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>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 45
- 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>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>caziant</i>	2	GC
<i>chateal</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyclafem</i> 1/35	2	GC
<i>cyclafem</i> 7/7/7	2	GC
<i>cyred eq</i>	2	GC
<i>dasetta</i> 1/35	2	GC
<i>dasetta</i> 7/7/7	2	GC
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab</i> 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.02 mg	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab</i> 3-0.03 mg	3	
<i>elimest</i>	2	GC
<i>ELLA</i> TABS 30mg	3	
<i>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin</i> TABS .35mg	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-35 mcg	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab</i> 1 mg-50 mcg	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring</i> 0.120-0.015 mg/24hr	4	
<i>falmina</i>	2	GC
<i>femynor</i>	2	GC
<i>hailey</i> 1.5/30	2	GC
<i>heather</i> TABS .35mg	2	GC
<i>iclevia</i>	3	
<i>incassia</i> TABS .35mg	2	GC
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	2	GC
<i>jasmiel</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	2	GC
<i>junel</i> 1.5/30	2	GC
<i>junel</i> 1/20	2	GC
<i>junel fe</i> 1.5/30	2	GC
<i>junel fe</i> 1/20	2	GC
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor</i> 1/35	2	GC
<i>kelnor</i> 1/50	3	
<i>kurvelo</i>	2	GC
<i>larin</i> 1.5/30	2	GC
<i>larin</i> 1/20	2	GC
<i>larin fe</i> 1.5/30	2	GC
<i>larin fe</i> 1/20	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</i> 0.15-0.03 mg	3	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.1 mg-20 mcg	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab</i> 0.15 mg-30 mcg	2	GC
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i> 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	2	GC
<i>levora</i> 0.15/30-28	2	GC
<i>lillow</i>	2	GC
<i>loestrin</i> 1.5/30-21	2	GC
<i>loestrin</i> 1/20-21	2	GC
<i>loestrin fe</i> 1.5/30	2	GC
<i>loestrin fe</i> 1/20	2	GC
<i>loryna</i>	3	
<i>low-ogestrel</i>	2	GC
<i>luterá</i>	2	GC
<i>lyleq</i> TABS .35mg	2	GC
<i>lyza</i> TABS .35mg	2	GC
<i>marlissa</i>	2	GC
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP</i> 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 46
- 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>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-linyah</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
<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>previfem</i>	2	GC
<i>reclipsen</i>	2	GC
<i>setlakin</i>	3	
<i>sharobel TABS .35mg</i>	2	GC
<i>simliya</i>	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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-linyah</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-previfem</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>zarah</i>	3	
<i>zovia 1/35</i>	2	GC
<i>zumandimine</i>	3	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg</i>	4	
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	5	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	3	
<i>DELESTROGEN OIL 10mg/ml</i>	4	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 47
- 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>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	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
PREDNISONE INTENSOL CONC 5mg/ml	4	B/D
SOLU-CORTEF SOLR 100mg, 250mg, 500mg, 1000mg	4	
AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA		
<i>diazoxide</i> SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
<i>cabergoline</i> TABS .5mg	3	
CARBAGLU TABS 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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 48
- 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>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 5 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS 3 .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> 4 SOLN .01%	4	
<i>desmopressin acetate spray</i> 4 <i>refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK 5 SOLR .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml 5	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg 5	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic</i> 4 <i>modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml	4	B/D
<i>levocarnitine (metabolic</i> 3 <i>modifiers)</i> TABS 330mg	3	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg 5	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1- MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg 5	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3- MONTH KIT 11.25mg, 30mg 5	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg 5 QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml 5	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg 5	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 4 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml	4	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>octreotide acetate</i> SOLN 5 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg 3	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> 5 PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml 5	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> 5 POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 5 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg 5	5	LA PA
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
<i>calcium acetate (phosphate</i> 3 <i>binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate</i> 3 <i>binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 4 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 5 .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 4 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> 1 TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 3 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> 4 SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 3 5mg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 49
- 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 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	
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
ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	3	
<i>ondansetron hcl</i> SOLN 4mg/5ml	4	B/D
<i>ondansetron hcl</i> TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
<i>prochlorperazine</i> SUPP 25mg	4	
<i>prochlorperazine edisylate</i> SOLN 10mg/2ml	4	
<i>prochlorperazine maleate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
<i>promethazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg 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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 50
- 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
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
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	
GOLYTELY SOL	3	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm</i>	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm</i>	2	GC
PLENVU SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
<i>trilyte</i>	2	GC
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) CONC</i> 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	3	
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	

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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		
DEXILANT 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
<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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
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

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>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
ANTIINFECIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
<i>vandazole</i> GEL .75%	3	
HEMATOLÓGICOS ANTICOAGULANTES		
ELIQUIS TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS TABS 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
ELIQUIS STARTER PACK TBPK 5mg QL (74 tabs / 30 días)	3	QL
<i>enoxaparin sodium</i> SOLN 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
<i>fondaparinux sodium</i> SOLN 5mg/0.4ml, 7.5mg/0.6ml, 10mg/0.8ml	5	
HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 20000 unit/500ml-5%	3	
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol</i> 25000 unit/500ml-5%	3	
HEPARIN/NAACL 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 TABS 2.5mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO TABS 10mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XARELTO STAR TAB 15/20MG QL (51 tabs / 30 días)	3	QL
FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
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

PA - Autorización Previa QL - Cantidad Limitada ST - Terapia Escalonada B/D 53
- 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
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 cartridges / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / 365 días)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / año)	5	QL PA

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 54
LA - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / año)	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
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)		
<i>hydroxychloroquine sulfate</i> TABS 200mg	3	
<i>leflunomide</i> TABS 10mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>methotrexate sodium</i> TABS 2.5mg	3	
TREXALL TABS 5mg, 7.5mg, 10mg, 15mg	4	B/D
XATMEP SOLN 2.5mg/ml	4	B/D
INMUNOGLOBULINAS		
BIVIGAM SOLN 5gm/50ml	5	PA
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 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 10mu/ml, 6000000unit/ml; SOLR 50mu	5	B/D
INTRON A SOLR 10mu	3	B/D
INTRON A SOLR 18mu	4	B/D
INMUNOSUPRESORES		
<i>azathioprine</i> 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
<i>cyclosporine</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/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 55
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>cyclosporine modified (for microemulsion)</i> CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>everolimus (immunosuppressant)</i> TABS .25mg, .5mg, .75mg	5	B/D
<i>gengraf</i> CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
<i>mycophenolate mofetil</i> SUSR 200mg/ml	5	B/D
<i>mycophenolate sodium</i> TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
<i>sirolimus</i> SOLN 1mg/ml	5	B/D
<i>sirolimus</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	4	B/D
<i>tacrolimus</i> CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	
IPOL INJ INACTIVE	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
IXIARO INJ	3	
KINRIX INJ	3	
M-M-R II INJ	3	
MENACTRA INJ	3	
MENQUADFI INJ	3	
MENVEO INJ	3	
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NAACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D10W/NAACL INJ 0.2%	3	
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	3	
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	3	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
<i>sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln</i>	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
AMINOSYN-PF INJ 7%	4	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 57
- 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
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 HBC INJ 6.9%	4	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
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
<i>bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm</i>	3	
<i>bacitracin-polymyxin b ophth oint</i>	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm</i>	2	GC
<i>gatifloxacin (ophth) SOLN .5%</i>	3	
<i>gentak OINT .3%</i>	3	
<i>gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-10000unt op oin</i>	3	
<i>neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt- mg/ml</i>	3	
<i>ofloxacin (ophth) SOLN .3%</i>	2	GC
<i>polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%</i>	1	GC
<i>sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%</i>	3	
<i>tobramycin (ophth) SOLN .3%</i>	1	GC
<i>trifluridine SOLN 1%</i>	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%</i>	4	
BROMSITE SOLN .075%	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>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i> SUSP .1%	3	
<i>flurbiprofen sodium</i> SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .4%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth)</i> SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
<i>azelastine hcl (ophth)</i> SOLN .05%	3	
<i>bepotastine besilate</i> SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	GC
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth)</i> SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .2%	1	GC
<i>brimonidine tartrate</i> SOLN .15%	4	
<i>brinzolamide</i> SUSP 1%	4	

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada **ST** - Terapia Escalonada **B/D** 59
- 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>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	4	
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA TIPO 5		
<i>sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg</i>	3	ED QL QL (4 tabs / 30 días)
<i>tadalafil TABS 10mg, 20mg</i>	3	ED QL QL (4 tabs / 30 días)
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
<i>ANORO ELLIPT AER 62.5-25</i>	3	QL QL (60 blisters / 30 días)
<i>BEVESPI AER 9-4.8MCG</i>	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)
<i>BREZTRI AERO AER SPHERE</i>	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)
<i>BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)</i>	3	QL QL (4 inhaladores / 28 días)
<i>COMBIVENT AER 20-100</i>	4	QL QL (2 inhaladores / 30 días)
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
<i>TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG</i>	3	QL QL (60 blisters / 30 días)
<i>TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG</i>	3	QL QL (60 blisters / 30 días)

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	5	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
PERFOROMIST NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose QL (60 inhalaciones / 30 días)	3	QL
<i>terbutaline sulfate</i> TABS 2.5mg, 5mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act QL (6 inhaladores / 30 días)	3	QL
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
<i>montelukast sodium</i> CHEW 4mg, 5mg	3	
<i>montelukast sodium</i> PACK 4mg	4	
<i>montelukast sodium</i> TABS 10mg	1	GC
<i>zafirlukast</i> TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
<i>acetylcysteine</i> SOLN 10%, 20%	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

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
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 1mg/ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/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 NASALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
<i>mometasone furoate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
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

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

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

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

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

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 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

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 63
LA - Disponibilidad Limitada

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

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

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

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

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 64
LA - Disponibilidad Limitada

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

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>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%	2	GC
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> CREA 12%	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
<i>metronidazole (topical)</i> LOTN .75% QL (59 mL / 30 días)	4	QL

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

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

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

ST - Terapia Escalonada
B/D - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
podofilox SOLN .5% QL (7 mL / 28 días)	3	QL
procto-med hc CREA 2.5%	3	
procto-pak CREA 1%	3	
proctozone-hc CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
rosadan CREA .75% QL (45 gm / 30 días)	4	QL
tacrolimus (topical) 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		
malathion LOTN .5% QL (59 mL / 30 días)	4	QL
permethrin 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
sodium chloride (gu irrigant) SOLN .9%	3	
water for irrigation, sterile irrigation soln	2	GC
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
cevimeline hcl CAPS 30mg	4	
chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%	1	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)	4	QL
lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%	2	GC
nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml	3	
periogard SOLN .12%	1	GC
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	3	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	3	
VITAMINAS COMPLEJO DE VITAMINA B		
cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
folic acid TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	1	ED GC QL
VITAMINA D		
ergocalciferol CAPS 50000unit QL (4 caps / 28 días)	2	ED GC QL
ACTIVIDAD DE LA VITAMINA K		
phytonadione 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		
<i>abacavir sulfate</i>	14	
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>	15	
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	15	
ABELCET	13	
ABILIFY MAINTENA.....	36	
<i>abiraterone acetate</i>	19	
ABRAXANE INJ 100MG	20	
<i>acamprosate calcium</i>	41	
<i>acarbose</i>	42	
<i>accutane</i>	63	
<i>acebutolol hcl</i>	28	
<i>acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg</i>	11	
<i>acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg</i>	11	
<i>acetazolamide</i>	29	
<i>acetic acid</i>	52	
<i>acetic acid (otic)</i>	59	
<i>acetylcysteine</i>	61	
<i>acitretin</i>	64	
ACTHIB INJ	56	
ACTIMMUNE	55	
<i>acyclovir</i>	15	
<i>acyclovir sodium</i>	15	
ADACEL INJ.....	56	
<i>adefovir dipivoxil</i>	15	
ADEMPAS	30	
ADRENALIN	29	
<i>adriamycin</i>	19	
ADVAIR DISKU AER 100/50	62	
ADVAIR DISKU AER 250/50	63	
ADVAIR DISKU AER 500/50	63	
ADVAIR HFA AER 115/21	63	
ADVAIR HFA AER 230/21	63	
ADVAIR HFA AER 45/21	63	
AFINITOR.....	20	
AFINITOR DISPERZ	20	
<i>afirmelle</i>	45	
AIMOVIG	40	
<i>ala-cort</i>	64	
<i>albendazole</i>	12	
<i>albuterol sulfate</i>	61	
<i>alclometasone dipropionate</i>	64	
ALDURAZYME	48	
ALECENSA	20	
<i>alendronate sodium</i>	45	
<i>alfuzosin hcl</i>	52	
ALIMTA.....	19	
<i>aliskiren fumarate</i>	29	
<i>allopurinol</i>	10	
<i>alose tron hcl</i>	51	
ALPHAGAN P.....	59	
<i>alprazolam</i>	31	
ALREX.....	58	
<i>altavera</i>	45	
ALTOPREV	27	
ALUNBRIG	20	
ALUNBRIG PAK	20	
<i>alyacen 1/35</i>	45	
<i>alyacen 7/7/7</i>	45	
<i>amabelz</i>	47	
<i>amantadine hcl</i>	35	
AMBISOME	13	
<i>ambrisentan</i>	30	
<i>amikacin sulfate</i>	12	
<i>amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg</i>	29	
<i>amiloride hcl</i>	29	
AMINOSYN-PF INJ 7%	57	
<i>amiodarone hcl</i>	26	
<i>amitriptyline hcl</i>	34	
<i>amlodipine besylate</i>	28	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-10 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-20 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 10-80 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-10 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-20 mg</i>	29	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-40 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab 5-80 mg</i>	30	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-20 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 10-40 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-10 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-20 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl cap 5-40 mg</i>	23	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg</i>	24	
<i>amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg</i>	24	

<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg</i>.....24	<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml</i> 17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg</i>.....39
<i>amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg</i>.....24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg</i>.....17	<i>amphotericin b</i>.....13
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg</i> 24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg</i>.....17	<i>ampicillin</i>.....17
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg</i> 24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg</i>.....17	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>.....17
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg</i> 24	<i>amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg</i> 17	<i>ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm</i> 17
<i>amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg</i> 24	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg</i>.....38	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm</i>.....17
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg</i>.....38	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg</i>.....38	<i>ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg</i>.....38	<i>ampicillin sodium</i>.....18
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg</i>.....39	<i>anagrelide hcl</i>.....53
<i>amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg</i>.....25	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....38	<i>anastrozole</i>.....19
<i>amnestem</i>.....63	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....38	<i>ANDRODERM</i>.....42
<i>amoxapine</i>.....34	<i>amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg</i>.....38	<i>ANORO ELLIPT AER 62.5- 25</i>.....60
<i>amoxicillin</i>.....17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg</i>.....39	<i>aprepitant</i>.....50
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg</i> .17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg</i>.....39	<i>aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg</i>.....50
<i>amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg</i> ...17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg</i>.....39	<i>apri</i>.....45
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml</i> 17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg</i>.....39	<i>APTIOM</i>.....31
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml</i> 17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg</i>.....39	<i>APTIVUS</i>.....14
<i>amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml</i> 17	<i>amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg</i>.....39	<i>ARALAST NP</i>.....61

<i>atenolol & chlorthalidone</i> <i>tab 50-25 mg</i>.....28	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-12.5 mg</i>.....23	<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....45
<i>atomoxetine hcl</i>.....39	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-12.5 mg</i>.....23	BOOSTRIX INJ.....56
<i>atorvastatin calcium</i>.....27	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>.....23	BORTEZOMIB.....20
<i>atovaquone</i>.....12	<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>20-25 mg</i>.....23	<i>bosentan</i>.....30
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 250-100 mg</i>.....14	<i>benazepril hcl</i>.....24	BOSULIF.....20
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> <i>tab 62.5-25 mg</i>.....14	BENDEKA.....18	BRAFTOVI.....20
ATROPINE SULFATE....59	BENLYSTA.....55	BREO ELLIPTA INH 100- 25.....63
ATROVENT HFA.....60	<i>benzoyl peroxide-</i> <i>erythromycin gel 5-3%</i> 63	BREO ELLIPTA INH 200- 25.....63
<i>aubra eq</i>.....45	<i>benztropine mesylate</i>.....35	BREZTRI AERO AER SPHERE.....60
<i>aurovela 1/20</i>.....45	<i>bepotastine besilate</i>.....59	BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) .....60
<i>aurovela fe 1.5/30</i>.....45	BEPREVE.....59	<i>briellyn</i>.....46
<i>aurovela fe 1/20</i>.....45	BERINERT.....53	BRILINTA.....54
AUSTEDO.....40	BESIVANCE.....58	<i>brimonidine tartrate</i>.....59
AVASTIN.....20	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate (topical)</i> ...64	<i>brinzolamide</i>.....59
<i>aviane</i>.....45	<i>betamethasone</i> <i>dipropionate augmented</i>.....64	BRIVIACT.....31
<i>avita</i>.....63	<i>betamethasone valerate</i> .64	<i>bromfenac sodium (ophth)</i> .....58
<i>ayuna</i>.....45	BETASERON.....41	<i>bromocriptine mesylate</i> ...35
AYVAKIT.....20	<i>betaxolol hcl (ophth)</i>.....59	BROMSITE.....58
<i>azacitidine</i>.....19	<i>bethanechol chloride</i>.....52	BROVANA.....61
<i>azathioprine</i>.....55	BETOPTIC-S.....59	BRUKINSA.....20
<i>azelaic acid</i>.....65	BEVESPI AER 9-4.8MCG.....60	<i>budesonide</i>.....51
<i>azelastine hcl</i>.....60	<i>bexarotene</i>.....19	<i>budesonide (inhalation)</i> ..62
<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....59	BEXSERO INJ.....56	<i>bumetanide</i>.....29
<i>azithromycin</i>.....17	<i>bicalutamide</i>.....19	<i>buprenorphine hcl</i>.....41
<i>aztreonam</i>.....12	BICILLIN L-A.....18	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 12-3</i> <i>mg (base equiv)</i>.....41
<i>azurette</i>.....45	BIKTARVY TAB.....15	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i> <i>mg (base equiv)</i>.....41
B	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>10-6.25 mg</i>.....28	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 4-1</i> <i>mg (base equiv)</i>.....41
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...58	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>2.5-6.25 mg</i>.....28	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 8-2</i> <i>mg (base equiv)</i>.....41
<i>bacitracin-polymyxin b</i> <i>ophth oint</i>.....58	<i>bisoprolol &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>5-6.25 mg</i>.....28	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i> <i>mg (base equiv)</i>.....41
<i>bacitracin-polymyxin-</i> <i>neomycin-hc ophth oint</i> <i>1%</i>.....58	<i>bisoprolol fumarate</i>.....28	<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab 8-2</i> <i>mg (base equiv)</i>.....41
<i>baclofen</i>.....41	BIVIGAM.....55	
<i>balsalazide disodium</i>.....51	BLEPHAMIDE OIN S.O.P. .....58	
BALVERSA.....20		
<i>balziva</i>.....45		
BARACLUDGE.....15		
BASAGLAR KWIKPEN...44		
BCG VACCINE INJ.....56		
BD ALCOHOL SWABS...44		
<i>bekyree</i>.....45		
BELSOMRA.....39		
<i>benazep/hctz tab 5-6.25</i> .23		

<i>bupropion hcl</i>.....34	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>.....36	<i>cephalexin</i>.....17
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....41	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>.....36	CERDELGA .....48
<i>bupirone hcl</i>.....31	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>.....36	CEREZYME .....48
<i>butorphanol tartrate</i> .....11	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>.....36	<i>cetirizine hcl</i>.....60
BYDUREON BCISE.....42	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>.....36	<i>cevimeline hcl</i>.....66
BYETTA.....42	<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>.....36	CHANTIX.....41
BYSTOLIC.....28	<i>carboplatin</i> .....18	CHANTIX CONTINUING MONTH.....42
C	<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....59	CHANTIX PAK 0.5& 1MG .....42
<i>cabergoline</i> .....48	<i>cartia xt</i>.....28	<i>chateal</i>.....46
CABOMETYX .....20	<i>carvedilol</i> .....28	CHEMET.....45
<i>calcipotriene</i> .....64	<i>casprofungin acetate</i>.....13	<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....66
<i>calcitonin (salmon) spray</i> 45	CAYSTON .....12	<i>chloroquine phosphate</i> ...14
<i>calcitrene</i> .....64	<i>caziant</i> .....46	<i>chlorpromazine hcl</i>.....37
<i>calcitriol</i>.....50	<i>cefaclor</i>.....16	<i>chlorthalidone</i> .....29
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>.....49	CEFAZOLIN ER .....16	<i>cholestyramine</i>.....27
CALQUENCE .....20	<i>cefadroxil</i>.....16	<i>cholestyramine light</i>.....27
<i>camila</i> .....46	CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML .....16	<i>choline fenofibrate</i> .....27
<i>candesartan cilexetil</i> .....26	<i>cefazolin sodium</i>.....16	<i>ciclopirox olamine</i> .....63
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>.....25	CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4% .....16	<i>cilostazol</i>.....53
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>.....25	<i>cefepime hcl</i>.....16	CILOXAN .....58
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>.....25	<i>cefixime</i> .....16	CIMDUO TAB 300-300...15
CAPLYTA .....37	<i>cefoxitin sodium</i>.....16	<i>cinacalcet hcl</i>.....48, 49
CAPRELSA .....20	<i>cefpodoxime proxetil</i>.....16	CIPRO .....17
<i>captopril</i>.....24	<i>cefprozil</i> .....16	CIPRO HC SUS OTIC ....59
<i>carb/levo tab 10-100mg</i> ..35	<i>ceftazidime</i> .....16	<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w</i>.....17
<i>carb/levo tab 25-100mg</i> ..35	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM .....16	<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w</i>.....17
<i>carb/levo tab 25-250mg</i> ..35	CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM .....16	<i>ciprofloxacin hcl</i>.....17
CARBAGLU.....48	<i>ceftriaxone sodium</i>.....16	<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..58
<i>carbamazepine</i> .....31	<i>cefuroxime axetil</i>.....16	<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>.....59
<i>carbidopa</i>.....35	<i>cefuroxime sodium</i>.....16	<i>cisplatin</i>.....18
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>.....35	<i>celecoxib</i>.....10	<i>citalopram hydrobromide</i> 34
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>.....36	CELONTIN .....31	<i>claravis</i> .....63
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>.....36		<i>clarithromycin</i>.....17
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>.....36		<i>clindamycin hcl</i> .....12
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>.....36		<i>clindamycin palmitate hydrochloride</i>.....12
		<i>clindamycin phosphate</i> ...12
		<i>clindamycin phosphate (topical)</i> .....63
		<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....12

<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	12	COMBIVENT AER 20-100	60	<i>daptomycin</i>	12
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	12	COMETRIQ (60MG DOSE)	20	DAPTOMYCIN	12
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	53	COMETRIQ KIT 100MG .20		<i>darifenacin hydrobromide</i>	52
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	12	COMETRIQ KIT 140MG .20		<i>dasetta 1/35</i>	46
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	12	COMPLERA TAB.....	15	<i>dasetta 7/7/7</i>	46
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	12	<i>compro</i>	50	DAURISMO	20
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	58	<i>constulose</i>	51	<i>deblitane</i>	46
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .58		COPIKTRA	20	<i>deferasirox</i>	45
CLINIMIX INJ 5%/D15W .58		CORLANOR	30	DELESTROGEN.....	47
CLINIMIX INJ 5%/D20W .58		COTELLIC	20	DELSTRIGO TAB	15
CLINIMIX INJ 6/5.....	58	CREON CAP 12000UNT	52	DESCOVY TAB 200/25MG	15
CLINIMIX INJ 8/10.....	58	CREON CAP 24000UNT	52	<i>desipramine hcl</i>	34
CLINIMIX INJ 8/14.....	58	CREON CAP 3000UNIT .52		<i>desloratadine</i>	60
<i>clinisol sf 15%</i>	58	CREON CAP 36000UNT	52	<i>desmopressin acetate</i>	49
CLINOLIPID EMU 20%...58		CREON CAP 6000UNIT .52		<i>desmopressin acetate spray</i>	49
<i>clobazam</i>	31	<i>cromolyn sodium</i>	61	<i>desmopressin acetate spray refrigerated</i>	49
<i>clobetasol propionate</i>	64	<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i>	51	<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	46
<i>clobetasol propionate e</i> ...64		<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	59	<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	46
<i>clomipramine hcl</i>	34	<i>cryselle-28</i>	46	<i>desvenlafaxine succinate</i>	34
<i>clonazepam</i>	31	<i>cyanocobalamin</i>	66	<i>dexamethasone</i>	48
<i>clonidine</i>	30	<i>cyclafem 1/35</i>	46	DEXAMETHASONE INTENSOL	48
<i>clonidine hcl</i>	30	<i>cyclafem 7/7/7</i>	46	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	48
<i>clopidogrel bisulfate</i>	54	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	41	<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	59
<i>clorazepate dipotassium</i> .31		<i>cyclophosphamide</i>	18	DEXILANT	52
<i>clotrimazole</i>	66	CYCLOPHOSPHAMIDE .18		<i>dexamethylphenidate hcl</i> ..	39
<i>clotrimazole (topical)</i>	63	<i>cycloserine</i>	15	<i>dextrose</i>	58
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%</i>	64	<i>cyclosporine</i>	55	<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>clozapine</i>	37	<i>cyclosporine modified (for microemulsion)</i>	56	<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	56
COARTEM TAB 20-120MG	14	<i>cyproheptadine hcl</i>	60	<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	56
<i>colchicine</i>	10	<i>cyred eq</i>	46	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	57
<i>colchicine w/ probenecid tab 0.5-500 mg</i>	10	CYSTADANE POW	49	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>colesevelam hcl</i>	27	CYSTADROPS	59	<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	57
<i>colestipol hcl</i>	27	CYSTAGON.....	49		
<i>colistimethate sodium</i>	12	CYSTARAN	59		
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	59	<i>cytarabine</i>	19		
		D			
		D10W/NACL INJ 0.2%...56			
		D2.5W/NACL INJ 0.45%.56			
		D5W/LYTES INJ #48	56		
		<i>dalfampridine</i>	41		
		DALIRESP	61		
		<i>danazol</i>	47		
		<i>dantrolene sodium</i>	41		
		<i>dapsone</i>	12		
		DAPTACEL INJ	56		

DIACOMIT	31	dofetilide	26	efavirenz-lamivudine-	
diazepam	31	donepezil hydrochloride ..	34	tenofovir df tab 600-300-	
diazepam (anticonvulsant)		DOPTelet	53	300 mg	15
.....	31	dorzolamide hcl.....	59	elinest	46
diazepam inj	31	dorzolamide hcl-timolol		ELIQUIS	53
diazoxide	48	maleate ophth soln 22.3-		ELIQUIS STARTER PACK	
diclofenac potassium	10	6.8 mg/ml	59	.....	53
diclofenac sodium.....	10	dotti.....	47	ELLA.....	46
diclofenac sodium (ophth)		DOVATO TAB 50-300MG		eluryng.....	46
.....	59	.....	15	EMCYT	19
diclofenac sodium (topical)		doxazosin mesylate	24	emoquette.....	46
.....	65	doxepin hcl	34	EMSAM	34
diclofenac w/ misoprostol		doxepin hcl (sleep).....	39	emtricitabine	14
tab delayed release 50-		doxercalciferol.....	50	emtricitabine-tenofovir	
0.2 mg	10	doxorubicin hcl.....	19	disoproxil fumarate tab	
diclofenac w/ misoprostol		doxorubicin hcl liposomal	19	100-150 mg.....	15
tab delayed release 75-		doxy 100.....	18	emtricitabine-tenofovir	
0.2 mg	10	doxycycline (monohydrate)		disoproxil fumarate tab	
dicloxacillin sodium.....	18	.....	18	133-200 mg.....	15
dicyclomine hcl	51	doxycycline hyclate.....	18	emtricitabine-tenofovir	
DIFICID.....	17	DRIZALMA SPRINKLE ...	34	disoproxil fumarate tab	
diflunisal.....	10	dronabinol.....	50	167-250 mg.....	15
digitek	30	drospirenone-ethinyl		emtricitabine-tenofovir	
digox	30	estradiol tab 3-0.02 mg	46	disoproxil fumarate tab	
digoxin	30	drospirenone-ethinyl		200-300 mg.....	15
dihydroergotamine		estradiol tab 3-0.03 mg	46	EMTRIVA.....	14
mesylate.....	40	DROXIA.....	54	EMVERM.....	12
DILANTIN	32	droxidopa.....	30	enalapril maleate	24
DILANTIN INFATABS.....	32	duloxetine hcl.....	34	enalapril maleate &	
DILANTIN-125	32	DUREZOL	59	hydrochlorothiazide tab	
diltiazem hcl.....	28	dutasteride.....	52	10-25 mg.....	24
diltiazem hcl coated beads		dutasteride-tamsulosin hcl		enalapril maleate &	
.....	28	cap 0.5-0.4 mg	52	hydrochlorothiazide tab	
diltiazem hcl extended		E		5-12.5 mg.....	23
release beads.....	28	ec-naproxen.....	10	ENBREL	54
dilt-xr.....	28	EDARBI	26	ENBREL MINI.....	54
DIP/TET PED INJ 25-5LFU		EDARBYCLOR TAB 40-		ENBREL SURECLICK...54	
.....	56	12.5	25	ENDARI	54
diphenhydramine hcl.....	60	EDARBYCLOR TAB 40-		endocet tab 10-325mg...11	
diphenoxylate w/ atropine		25MG	25	endocet tab 2.5-325mg...11	
liq 2.5-0.025 mg/5ml...51		EDURANT	14	endocet tab 5-325mg.....11	
diphenoxylate w/ atropine		efavirenz.....	14	endocet tab 7.5-325mg...11	
tab 2.5-0.025 mg.....	51	efavirenz-emtricitabine-		ENGERIX-B.....	56
dipyridamole	54	tenofovir df tab 600-200-		enoxaparin sodium	53
disopyramide phosphate.26		300 mg.....	15	enpresse-28.....	46
disulfiram	42	efavirenz-lamivudine-		enskyce	46
divalproex sodium.....	32	tenofovir df tab 400-300-		ENSTILAR AER.....	64
docetaxel	20	300 mg.....	15	entacapone.....	36
DOCETAXEL.....	20			entecavir	15

FOSAMAX + D TAB 70-280045
 FOSAMAX + D TAB 70-560045
fosamprenavir calcium....14
fosinopril sodium.....24
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg.....24
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg.....24
 FOTIVDA21
 FREAMINE HBC INJ 6.9%58
 FREAMINE III INJ 10%...58
fulvestrant.....19
furosemide.....29
furosemide inj29
 FUZEON14
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg48
fyavolv tab 1mg-5mcg....48
 FYCOMPA.....32
G
gabapentin.....32
galantamine hydrobromide34
 GAMASTAN INJ55
 GAMMAGARD LIQUID...55
 GAMMAGARD S/D IGA LESS TH55
 GAMMAKED.....55
 GAMMAPLEX.....55
 GAMUNEX-C.....55
ganciclovir sodium16
 GARDASIL 9 INJ56
gatifloxacin (ophth)58
 GATTEX51
 GAUZE PADS 2.....44
gavilyte-c51
gavilyte-g51
gavilyte-n/flavor pack.....51
 GAVRETO21
gemcitabine hcl.....19
gemfibrozil27
generlac.....51
gengraf56
 GENOTROPIN.....49

GENOTROPIN MINIQUICK49
gentak.....58
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml12
gentamicin in saline inj 1 mg/ml12
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml12
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml12
gentamicin in saline inj 2 mg/ml12
gentamicin sulfate.....12
gentamicin sulfate (ophth)58
gentamicin sulfate (topical)63
 GENVOYA TAB15
 GILENYA41
 GILOTRIF21
glatiramer acetate41
glatopa.....41
glimepiride42
glipizide.....42
glipizide xl.....42
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg.....42
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg.....42
glipizide-metformin hcl tab 5-500 mg.....42
glycopyrrolate51
glydo.....65
 GLYXAMBI TAB 10-5 MG42
 GLYXAMBI TAB 25-5 MG42
 GOLYTELY SOL.....51
 GRALISE40
granisetron hcl.....50
griseofulvin microsize13
griseofulvin ultramicrosize13
guanfacine hcl.....30
guanfacine hcl (adhd)39
 GVOKE HYOPEN 2-PACK48
 GVOKE PFS.....48

H
 HAEGARDA.....54
hailey 1.5/3046
halobetasol propionate ...65
haloperidol37
haloperidol decanoate37
haloperidol lactate.....37
 HARVONI PAK 33.75-150MG16
 HARVONI PAK 45-200MG16
 HARVONI TAB 45-200MG16
 HARVONI TAB 90-400MG16
 HAVRIX56
heather46
 HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT53
heparin sodium (porcine) 53
heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w53
heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%53
heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%53
 HEPARIN/NAACL INJ 25000UNT53
hepatamine.....58
 HERCEP HYLEC SOL 60-1000021
 HERCEPTIN21
 HERZUMA21
 HETLIOZ.....40
 HIBERIX56
 HUMIRA.....54
 HUMIRA PEDIA INJ CROHNS.....54
 HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D54
 HUMIRA PEN54
 HUMIRA PEN KIT PS/UV54
 HUMIRA PEN-CD/UC/HS START54
 HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S54

HUMIRA PEN-PS/UV STARTER .....54	<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 250</i> <i>mg</i>.....12	ISENTRESS HD .....14
HUMULIN R U-500 (CONCENTR.....44	<i>imipenem-cilastatin</i> <i>intravenous for soln 500</i> <i>mg</i>.....12	<i>isibloom</i> .....46
HUMULIN R U-500 KWIKPEN .....44	<i>imipramine hcl</i>.....35	ISOLYTE-P INJ /D5W.....57
<i>hydralazine hcl</i>.....30	<i>imiquimod</i> .....65	ISOLYTE-S INJ.....57
<i>hydrochlorothiazide</i>.....29	IMOVAX RABIES (H.D.C.V.).....56	ISOLYTE-S INJ PH 7.4...57
<i>hydrocodone bitartrate</i>....10	<i>incassia</i>.....46	<i>isoniazid</i>.....15
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen soln 7.5-</i> <i>325 mg/15ml</i> .....11	INCRELEX.....49	ISOPTO ATROPINE .....59
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 10-</i> <i>325 mg</i>.....11	INCRUSE ELLIPTA .....60	<i>isosorbide dinitrate</i>.....30
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 5-325</i> <i>mg</i>.....11	INDAPAMIDE .....29	<i>isosorbide mononitrate</i> ...30
<i>hydrocodone-</i> <i>acetaminophen tab 7.5-</i> <i>325 mg</i>.....11	INFANRIX INJ.....56	<i>isotretinoin</i> .....63
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i> <i>7.5-200 mg</i>.....11	INGREZZA .....40	<i>isradipine</i> .....28
<i>hydrocortisone</i> .....48	INGREZZA CAP 40-80MG.....40	<i>itraconazole</i> .....13
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> .....51	INLYTA .....21	<i>ivermectin</i> .....12
<i>hydrocortisone (rectal)</i>....65	INQOVI TAB 35-100MG .19	IXIARO INJ .....56
<i>hydrocortisone (topical)</i> ..65	INREBIC .....21	J
<i>hydromorphone hcl</i>.....11	INSULIN SAFETY NEEDLES .....44	JAKAFI .....21
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>.....55	INSULIN SYRINGES: BD/ULTIMED/ALLISON/ TRIVIDIA/MHC.....44	<i>jantoven</i>.....53
<i>hydroxyurea</i>.....19	INTELENCE.....14	JANUMET TAB 50-1000.42
<i>hydroxyzine hcl</i>.....60	INTRALIPID .....58	JANUMET TAB 50-500MG.....42
<i>hydroxyzine pamoate</i>.....60	INTRON A .....55	JANUMET XR TAB 100- 1000 .....42
HYSINGLA ER.....10	<i>introvale</i>.....46	JANUMET XR TAB 50- 1000 .....42
I	INVEGA SUSTENNA.....37	JANUMET XR TAB 50- 500MG .....42
<i>ibandronate sodium</i> .....45	INVEGA TRINZA .....37	JANUVIA.....42
IBRANCE.....21	INVIRASE .....14	JARDIANCE .....43
<i>ibu</i>.....10	IPOL INJ INACTIVE.....56	<i>jasmiel</i> .....46
<i>ibuprofen</i>.....10	<i>ipratropium bromide</i>.....60	JENTADUETO TAB 2.5- 1000 .....43
<i>icatibant acetate</i>.....54	<i>ipratropium bromide (nasal)</i> .....60	JENTADUETO TAB 2.5- 500 .....43
<i>iclevia</i>.....46	<i>ipratropium-albuterol nebu</i> <i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 60	JENTADUETO TAB 2.5- 850 .....43
ICLUSIG .....21	<i>irbesartan</i>.....26	JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....43
IDHIFA.....21	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>150-12.5 mg</i>.....25	JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG .....43
ILEVRO .....59	<i>irbesartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>300-12.5 mg</i>.....25	<i>jinteli</i> .....48
<i>imatinib mesylate</i>.....21	IRESSA .....21	<i>jolessa</i> .....46
IMBRUVICA.....21	<i>irinotecan hcl</i>.....19	<i>juleber</i>.....46
	ISENTRESS .....14	JULUCA TAB 50-25MG ..15
		<i>junel 1.5/30</i>.....46
		<i>junel 1/20</i>.....46
		<i>junel fe 1.5/30</i>.....46
		<i>junel fe 1/20</i>.....46
		K
		KADCYLA .....21

KALETRA TAB 100-25MG	KISQALI 600 DOSE.....21	LENVIMA CAP 24 MG....21
.....15	KISQALI 600 PAK	<i>lessina</i> .....46
KALETRA TAB 200-50MG	FEMARA .....20	<i>letrozole</i> .....19
.....15	<i>klor-con</i>.....57	<i>leucovorin calcium</i> .....23
KALYDECO .....62	<i>klor-con 10</i>.....57	LEUKERAN .....18
KANJINTI.....21	<i>klor-con 8</i>.....57	<i>leuprolide acetate</i> .....19
<i>kariva</i>.....46	<i>klor-con m10</i>.....57	<i>levalbuterol hcl</i>.....61
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in</i>	<i>klor-con m15</i>.....57	<i>levalbuterol tartrate</i> .....61
<i>dextrose 5% & nacl</i>	<i>klor-con m20</i>.....57	LEVEMIR .....44
<i>0.45% inj</i>.....57	KORLYM .....49	LEVEMIR FLEXTOUCH .44
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	<i>kurvelo</i>.....46	<i>levetiracetam</i> .....32
<i>dextrose 5% & nacl 0.2%</i>	KYNMOBI .....36	<i>levetiracetam in sodium</i>
<i>inj</i>.....57	L	<i>chloride iv soln 1000</i>
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	<i>labetalol hcl</i>.....28	<i>mg/100ml</i> .....32
<i>dextrose 5% & nacl</i>	<i>lactated ringer's solution</i> .57	<i>levetiracetam in sodium</i>
<i>0.45% inj</i>.....57	<i>lactic acid (ammonium</i>	<i>chloride iv soln 1500</i>
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in</i>	<i>lactate)</i> .....65	<i>mg/100ml</i> .....32
<i>dextrose 5% & nacl 0.9%</i>	<i>lactulose</i> .....51	<i>levetiracetam in sodium</i>
<i>inj</i>.....57	<i>lactulose (encephalopathy)</i>	<i>chloride iv soln 500</i>
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	.....51	<i>mg/100ml</i> .....32
<i>0.45% inj</i>.....57	<i>lamivudine</i> .....14	<i>levobunolol hcl</i>.....59
KCL 20 MEQ/L (0.15%) IN	<i>lamivudine (hbv)</i> .....16	<i>levocarnitine (metabolic</i>
NACL 0.45% INJ.....57	<i>lamivudine-zidovudine tab</i>	<i>modifiers)</i> .....49
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl</i>	<i>150-300 mg</i>.....15	<i>levocetirizine</i>
<i>0.9% inj</i>.....57	<i>lamotrigine</i> .....32	<i>dihydrochloride</i>.....60
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in</i>	<i>lansoprazole</i> .....52	<i>levofloxacin</i>.....17
<i>dextrose 5% & nacl</i>	<i>lapatinib ditosylate</i> .....21	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>
<i>0.45% inj</i>.....57	<i>larin 1.5/30</i>.....46	<i>250 mg/50ml</i> .....17
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in</i>	<i>larin 1/20</i>.....46	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>
<i>dextrose 5% & nacl</i>	<i>larin fe 1.5/30</i>.....46	<i>500 mg/100ml</i> .....17
<i>0.45% inj</i>.....57	<i>larin fe 1/20</i>.....46	<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>
KCL 40 MEQ/L (0.3%) IN	<i>larissia</i> .....46	<i>750 mg/150ml</i> .....17
NACL 0.9% INJ.....57	LASTACRAFT .....59	<i>levonest</i> .....46
KCL/D5W/NACL INJ	<i>latanoprost</i>.....59	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>
0.3/0.9%.....57	LATUDA .....37	<i>estradiol (91-day) tab</i>
<i>kelnor 1/35</i>.....46	<i>leena</i>.....46	<i>0.15-0.03 mg</i>.....46
<i>kelnor 1/50</i>.....46	<i>leflunomide</i> .....55	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>
<i>ketoconazole</i> .....13	LENVIMA 10 MG DAILY	<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>
<i>ketoconazole (topical)</i>.....64	DOSE .....21	<i>mcg</i> .....46
<i>ketorolac tromethamine</i>	LENVIMA 12MG DAILY	<i>levonorgestrel & ethinyl</i>
<i>(ophth)</i>.....59	DOSE .....21	<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>
KEYTRUDA .....21	LENVIMA 20 MG DAILY	<i>mcg</i> .....46
KINRIX INJ .....56	DOSE .....21	<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>
KISQALI 200 DOSE.....21	LENVIMA 4 MG DAILY	<i>0.05-30/0.075-40/0.125-</i>
KISQALI 200 PAK	DOSE .....21	<i>30mg-mcg</i> .....46
FEMARA .....20	LENVIMA 8 MG DAILY	<i>levora 0.15/30-28</i>.....46
KISQALI 400 DOSE.....21	DOSE .....21	<i>levo-t</i>.....50
KISQALI 400 PAK	LENVIMA CAP 14 MG ....21	<i>levothyroxine sodium</i> .....50
FEMARA .....20	LENVIMA CAP 18 MG ....21	<i>levoxyl</i>.....50

LEXIVA.....	14	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>	25	<i>megestrol acetate</i> .....19, 49
<i>lidocaine</i>	65	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>	25	<i>megestrol acetate (appetite)</i>
<i>lidocaine hcl</i>	65	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>	25	49
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	12	LOTEMAX	59	MEKINIST.....
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	66	<i>lovastatin</i>	27	MEKTOVI.....
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>	65	<i>low-ogestrel</i>	46	<i>meloxicam</i>
<i>lillow</i>	46	<i>loxapine succinate</i>	37	<i>memantine hcl</i>
<i>linezolid</i>	12	LUMAKRAS.....	21	MENACTRA INJ
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>	12	LUMIGAN	59	MENQUADFI INJ.....
LINZESS.....	51	LUMIZYME	49	MENVEO INJ.....
<i>liothyronine sodium</i>	50	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	19	<i>mercaptopurine</i>
<i>lisinopril</i>	24	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	19	<i>meropenem</i>
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	24	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	49	<i>mesalamine</i>
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	24	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	49	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .51
<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>	24	<i>lutura</i>	46	MESNEX.....
LITHIUM	40	<i>lyleq</i>	46	<i>metadate er</i>
<i>lithium carbonate</i>	40	<i>lyllana</i>	48	<i>metformin hcl</i>
LIVALO	27	LYNPARZA.....	22	<i>methadone hcl</i>
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	46	LYSODREN	19	<i>methadone hydrochloride i</i>
<i>loestrin 1/20-21</i>	46	<i>lyza</i>	46	.....
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	46	M		<i>methazolamide</i>
<i>loestrin fe 1/20</i>	46	<i>magnesium sulfate</i>	57	<i>methenamine hippurate</i> ..13
LOKELMA.....	45	MAGNESIUM SULFATE	57	<i>methimazole</i>
LONSURF TAB 15-6.14	19	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>	57	<i>methotrexate sodium</i> 19, 55
LONSURF TAB 20-8.19	19	<i>malathion</i>	66	<i>methyl dopa</i>
<i>loperamide hcl</i>	51	<i>marlissa</i>	46	<i>methylphenidate hcl</i>
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	15	MARPLAN	35	<i>methylprednisolone</i>
<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>	15	MATULANE	20	<i>methylprednisolone acetate</i>
<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>	15	<i>matzim la</i>	29	.....
<i>lorazepam</i>	31	MAVYRET TAB 100-40MG	16	<i>methylprednisolone sod succ</i>
<i>lorazepam intensol</i>	31	<i>meclizine hcl</i>	50	48
LORBRENA.....	21	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	49	<i>metoclopramide hcl</i>
<i>loryna</i>	46	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>	46	50
<i>losartan potassium</i>	26	<i>mefloquine hcl</i>	14	<i>metolazone</i>
				29
				<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>
				28
				<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg</i>
				28
				<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg</i>
				28
				<i>metoprolol succinate</i>
				28
				<i>metoprolol tartrate</i>
				28
				<i>metronidazole</i>
				13
				<i>metronidazole (topical)</i> ...
				65
				<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml</i>
				13

<i>metronidazole vaginal</i>.....53	<i>naloxone hcl</i> .....42	NICOTROL INHALER.....42
<i>metyrosine</i> .....30	<i>naltrexone hcl</i> .....42	NICOTROL NS .....42
MG SO4/D5W INJ	NAMZARIC CAP 14-10MG	<i>nifedipine</i> .....29
10MG/ML .....57	.....34	<i>nikki</i> .....47
<i>micafungin sodium</i>.....13	NAMZARIC CAP 21-10MG	<i>nilutamide</i> .....19
<i>microgestin 1.5/30</i> .....47	.....34	<i>nimodipine</i> .....29
<i>microgestin 1/20</i> .....47	NAMZARIC CAP 28-10MG	NINLARO.....22
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....47	.....34	<i>nisoldipine</i>.....29
<i>microgestin fe 1/20</i> .....47	NAMZARIC CAP 7-10MG	<i>nitazoxanide</i>.....13
<i>midodrine hcl</i> .....30	.....34	<i>nitisinone</i> .....49
<i>miglustat</i> .....49	NAMZARIC CAP PACK..34	NITRO-BID .....30
<i>mili</i> .....47	<i>naproxen</i>.....10	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>
<i>mimvey</i> .....48	<i>naproxen sodium</i> .....10	.....13
<i>minitran</i>.....30	<i>naratriptan hcl</i>.....40	<i>nitrofurantoin monohyd</i>
<i>minocycline hcl</i> .....18	NARCAN .....42	<i>macro</i> .....13
<i>minoxidil</i>.....30	NATACYN .....58	<i>nitroglycerin</i> .....30
<i>mirtazapine</i> .....35	<i>nateglinide</i> .....43	<i>nizatidine</i> .....51
<i>misoprostol</i> .....51	NATPARA.....45	<i>nora-be</i> .....47
MITIGARE .....10	NAYZILAM.....32	<i>norethindrone</i>
M-M-R II INJ .....56	<i>necon 0.5/35-28</i>.....47	<i>(contraceptive)</i> .....47
M-NATAL PLUS TAB.....57	<i>nefazodone hcl</i> .....35	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>
<i>modafinil</i> .....41	<i>neomycin sulfate</i>.....13	<i>estradiol tab 1 mg-20</i>
<i>moexipril hcl</i>.....24	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	<i>mcg</i> .....47
<i>molindone hcl</i> .....37	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>
<i>mometasone furoate</i>.....65	<i>400unt-10000unt op oin</i>	<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>
<i>mometasone furoate</i>	.....58	<i>mcg</i> .....47
<i>(nasal)</i>.....62	<i>neomycin-polymy-gramicid</i>	<i>norethindrone ace & ethinyl</i>
<i>mondoxyne nl</i> .....18	<i>op sol 1.75-10000-</i>	<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>
MONJUVI .....22	<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>.....58	<i>mcg</i> .....47
<i>mono-linyah</i>.....47	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>norethindrone acetate</i>.....49
<i>montelukast sodium</i>.....61	<i>dexamethasone ophth</i>	<i>norethindrone acetate-</i>
<i>morphine sulfate</i> .....11	<i>oint 0.1%</i>.....58	<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>
MORPHINE SULFATE ...11	<i>neomycin-polymyxin-</i>	<i>mg-2.5 mcg</i> .....48
MOVANTIK.....51	<i>dexamethasone ophth</i>	<i>norethindrone acetate-</i>
<i>moxifloxacin hcl</i> .....17	<i>susp 0.1%</i> .....58	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>
<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..58	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	<i>mg-5 mcg</i> .....48
MULTAQ.....26	<i>ophth susp</i>.....58	<i>norgestimate & ethinyl</i>
<i>mupirocin</i> .....63	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>
MVASI .....22	<i>soln 1%</i> .....60	<i>mcg</i> .....47
<i>mycophenolate mofetil</i> ...56	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>
<i>mycophenolate sodium</i> ...56	<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>	<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>
<i>myorisan</i> .....63	<i>unit/ml-1%</i> .....60	<i>mg-mcg</i> .....47
MYRBETRIQ .....52	NERLYNX.....22	<i>norgestimate-eth estrad tab</i>
N	NEUPRO .....36	<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>
<i>nabumetone</i>.....10	<i>nevirapine</i> .....14	<i>mg-mcg</i> .....47
<i>nadolol</i>.....28	NEXAVAR .....22	NORITATE.....66
<i>nafcillin sodium</i> .....18	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	<i>norlyroc</i>.....47
NAGLAZYME .....49	.....27	NORPACE CR.....26
<i>nalbuphine hcl</i> .....11	<i>nicardipine hcl</i>.....29	<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....47

<i>nortrel 1/35 (21)</i>.....47	<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....25	<i>oxycodone hcl</i>.....11, 12
<i>nortrel 1/35 (28)</i>.....47	<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>.....25	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10- 325 mg</i>.....12
<i>nortrel 7/7/7</i>.....47	<i>olmesartan medoxomil- hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>.....25	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5- 325 mg</i>.....12
<i>nortriptyline hcl</i>.....35	<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>.....25	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i>.....12
NORVIR.....14	<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>.....25	<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg</i>.....12
NOVOLIN INJ 70/30.....44	<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>.....25	OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....43
NOVOLIN INJ 70/30 FP..44	<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>.....25	OZEMPIC (1MG/DOSE) .43
NOVOLIN N.....44	<i>olmesartan-amlodipine- hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>.....25	P
NOVOLIN N FLEXPEN...44	<i>olopatadine hcl</i>.....59	<i>pacerone</i>.....26
NOVOLIN R.....44	<i>olopatadine hcl (nasal)</i> ...60	<i>paclitaxel</i>.....20
NOVOLIN R FLEXPEN...44	<i>omeprazole</i>.....52	<i>paliperidone</i>.....37
NOVOLOG.....44	OMNARIS.....62	<i>pamidronate disodium</i> ...45
NOVOLOG FLEXPEN....44	OMNIPOD KIT STARTER.....44	PAMIDRONATE
NOVOLOG MIX INJ 70/30.....44	OMNIPOD MIS 5 PACK .44	DISODIUM.....45
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....44	<i>ondansetron</i>.....50	<i>pantoprazole sodium</i>.....52
NOVOLOG PENFILL.....44	<i>ondansetron hcl</i>.....50	PANZYGA.....55
NOVOLOG PENFILL.....44	ONTRUZANT.....22	<i>paraplatin</i>.....18
NOXAFIL.....13	ONUREG.....19	<i>paricalcitol</i>.....50
NUBEQA.....19	OPSUMIT.....30	<i>paromomycin sulfate</i>.....13
NUDEXTA CAP 20-10MG.....40	ORGOVYX.....19	<i>paroxetine hcl</i>.....35
NULOJIX.....56	ORKAMBI GRA 100-125 62	PASER.....15
NULYTELY SOL	ORKAMBI GRA 150-188 62	PAXIL.....35
LMN/LIME.....51	ORKAMBI TAB 100-125 .62	PEDIARIX INJ 0.5ML.....56
NUPLAZID.....37	ORKAMBI TAB 200-125 .62	PEDVAX HIB.....56
NUTRILIPID.....58	<i>orsythia</i>.....47	<i>peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm</i>.....51
<i>nyamyc</i>.....64	<i>oseltamivir phosphate</i>....16	<i>peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm</i> ...51
<i>nylia 7/7/7</i>.....47	<i>oxacillin sodium</i>.....18	PEGASYS.....16
NYMALIZE.....29	<i>oxaliplatin</i>.....18	PEMAZYRE.....22
<i>nymyo</i>.....47	<i>oxandrolone</i>.....42	PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML.....18
<i>nystatin</i>.....13	<i>oxaprozin</i>.....10	PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML.....18
<i>nystatin (mouth-throat)</i> ...66	<i>oxcarbazepine</i>.....32	PEN NEEDLES:
<i>nystatin (topical)</i>.....64	<i>oxybutynin chloride</i>.....52	NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA.....45
O		<i>penicillamine</i>.....45
<i>ocella</i>.....47		<i>penicillin g potassium</i>.....18
OCTAGAM.....55		
<i>octreotide acetate</i>.....49		
ODEFSEY TAB.....15		
ODOMZO.....22		
OFEV.....62		
<i>ofloxacin (ophth)</i>.....58		
<i>ofloxacin (otic)</i>.....60		
OGIVRI.....22		
OGIVRI INJ 420MG.....22		
<i>olanzapine</i>.....37		
<i>olmesartan medoxomil</i> ...26		

PENICILLIN G PROCAINE	<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	PREDNISONE INTENSOL
.....18	<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>	.....48
<i>penicillin g sodium</i> .....18	<i>4.5 gm)</i>.....18	<i>pregabalin</i>.....33
<i>penicillin v potassium</i>.....18	PIQRAY 200MG DAILY	<i>pregabalin (once-daily)</i> ...40
PENTACEL INJ .....56	DOSE .....22	PREMASOL SOL 10% ...58
<i>pentamidine isethionate inh</i>	PIQRAY 250MG TAB	PRENATAL TAB 27-1MG
.....13	DOSE .....22	.....57
<i>pentamidine isethionate inj</i>	PIQRAY 300MG DAILY	PRENATAL TAB PLUS ..57
.....13	DOSE .....22	PRENATAL VIT TAB LOW
<i>pentoxifylline</i>.....54	<i>pirmella 1/35</i>.....47	IRON .....57
PERFOROMIST .....61	<i>piroxicam</i> .....10	<i>prevalite</i> .....27
<i>perindopril erbumine</i> .....24	PLASMA-LYTE INJ -148 57	<i>previfem</i>.....47
<i>periogard</i> .....66	PLASMA-LYTE INJ -A ...57	PREVYMIS .....16
<i>permethrin</i> .....66	<i>plenamine</i> .....58	PREZCOBIX TAB 800-150
<i>perphenazine</i>.....37	PLENVU SOL .....51	.....15
PERSERIS .....37	<i>podofilox</i> .....66	PREZISTA .....14
<i>pfizerpen</i>.....18	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	PRIFTIN.....15
<i>phenelzine sulfate</i>.....35	<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>	PRILOSEC.....52
<i>phenobarbital</i>.....32	<i>0.1%</i>.....58	<i>primaquine phosphate</i> ...14
<i>phenobarbital sodium</i> .....32	POMALYST .....19	PRIMAQUINE
PHENYTEK .....32	<i>portia-28</i> .....47	PHOSPHATE .....14
<i>phenytoin</i> .....32	<i>posaconazole</i>.....13	<i>primidone</i>.....33
<i>phenytoin sodium</i>.....33	<i>potassium chloride</i>.....57	PRIVIGEN.....55
<i>phenytoin sodium extended</i>	POTASSIUM CHLORIDE	<i>probenecid</i>.....10
.....33	.....57	PROCALAMINE INJ 3% .58
PHESGO SOL .....22	<i>potassium chloride 20</i>	<i>prochlorperazine</i> .....50
<i>philit</i> .....47	<i>meq/l (0.15%) in</i>	<i>prochlorperazine edisylate</i>
<i>phytonadione</i> .....66	<i>dextrose 5% inj</i>.....57	.....50
PIFELTRO .....14	<i>potassium chloride</i>	<i>prochlorperazine maleate</i>
<i>pilocarpine hcl</i>.....59	<i>microencapsulated</i>	.....50
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....66	<i>crystals er</i>.....57	PROCRIT.....53
<i>pimozide</i> .....37	<i>potassium citrate</i>	<i>procto-med hc</i>.....66
<i>pimtree</i>.....47	<i>(alkalinizer)</i>.....52	<i>procto-pak</i>.....66
<i>pindolol</i> .....28	PRADAXA .....53	<i>proctozone-hc</i>.....66
<i>pioglitazone hcl</i>.....43	PRALUENT.....27	PROGRAF .....56
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>pramipexole</i>	PROLASTIN-C.....62
<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>	<i>dihydrochloride</i>.....36	PROLENSA .....59
<i>0.375 gm)</i>.....18	<i>prasugrel hcl</i> .....54	PROLIA .....45
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>pravastatin sodium</i>.....27	PROMACTA .....54
<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>	<i>praziquantel</i> .....13	<i>promethazine hcl</i> .....50
<i>1.5 gm)</i>.....18	<i>prazosin hcl</i> .....24	<i>propafenone hcl</i> .....26, 27
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	<i>prednisolone</i> .....48	<i>proparacaine hcl</i> .....59
<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>	<i>prednisolone acetate</i>	<i>propranolol hcl</i> .....28
<i>0.25 gm)</i>.....18	<i>(ophth)</i>.....59	<i>propylthiouracil</i>.....50
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	PREDNISOLONE SODIUM	PROQUAD INJ .....56
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>	PHOSP .....59	PROSOL INJ 20% .....58
<i>gm)</i>.....18	<i>prednisolone sodium</i>	<i>protriptyline hcl</i>.....35
	<i>phosphate</i> .....48	PULMICORT FLEXHALER
	<i>prednisone</i>.....48	.....62

PULMOZYME	62	<i>rimantadine hydrochloride</i>		<i>silver sulfadiazine</i>	63
PURIXAN.....	19	.....	16	SIMBRINZA SUS 1-0.2%.....	59
<i>pyrazinamide</i>	15	RINVOQ	54	<i>simliya</i>	47
<i>pyridostigmine bromide</i>	41	<i>risedronate sodium</i>	45	<i>simvastatin</i>	27
Q		RISPERDAL CONSTA ...	38	<i>sirolimus</i>	56
QINLOCK	22	<i>risperidone</i>	38	SIRTURO.....	15
QUADRACEL INJ.....	56	<i>ritonavir</i>	14	SIVEXTRO.....	13
<i>quetiapine fumarate</i>	38	RITUXAN.....	22	SKYRIZI.....	54
<i>quinapril hcl</i>	24	RITUXAN INJ HYCELA ..	22	SKYRIZI PEN	55
<i>quinapril-</i>		<i>rivastigmine</i>	34	<i>sodium chloride</i>	57
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>rivastigmine tartrate</i>	34	<i>sodium chloride (gu</i>	
10-12.5 mg.....	24	<i>rizatriptan benzoate</i>	40	<i>irrigant)</i>	66
<i>quinapril-</i>		<i>ropinirole hydrochloride</i> ..	36	<i>sodium fluoride chew; tab;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>rosadan</i>	66	1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	57
20-12.5 mg.....	24	<i>rosuvastatin calcium</i>	27	<i>sodium phenylbutyrate</i>	49
<i>quinapril-</i>		ROTARIX SUS	56	<i>sodium polystyrene</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		ROTATEQ SOL	56	<i>sulfonate powder</i>	45
20-25 mg.....	24	<i>roweepira</i>	33	<i>solifenacin succinate</i>	52
<i>quinidine sulfate</i>	27	ROZLYTREK	22	SOLIQUA INJ 100/33	45
<i>quinine sulfate</i>	14	RUBRACA	22	SOLTAMOX.....	19
R		<i>rufinamide</i>	33	SOLU-CORTEF.....	48
RABAVERT INJ.....	56	RUKOBIA	14	SOMATULINE DEPOT ...	49
<i>rabeprazole sodium</i>	52	RUXIENCE	22	SOMAVERT.....	49
<i>raloxifene hcl</i>	49	RYBELSUS	43	<i>sorine</i>	27
<i>ramipril</i>	24	RYDAPT	22	<i>sotalol hcl</i>	27
<i>ranolazine</i>	30	S		<i>sotalol hcl (afib/af)</i>	27
<i>rasagiline mesylate</i>	36	SANDIMMUNE	56	<i>spironolactone</i>	24
RAYALDEE	50	SANTYL.....	66	<i>spironolactone &</i>	
<i>reclipsen</i>	47	<i>sapropterin dihydrochloride</i>		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
RECOMBIVAX HB.....	56	.....	49	25-25 mg.....	29
RECTIV	66	SAVELLA.....	41	<i>sprintec 28</i>	47
REGRANEX	66	SAVELLA MIS TITR PAK		SPRITAM.....	33
RELENZA DISKHALER..	16	.....	41	SPRYCEL.....	22
RELISTOR.....	51	<i>scopolamine</i>	50	<i>sps</i>	45
REMICADE.....	54	SECUADO	38	<i>sronyx</i>	47
RENFLEXIS.....	54	<i>selegiline hcl</i>	36	<i>ssd</i>	63
<i>repaglinide</i>	43	<i>selenium sulfide</i>	64	STELARA	55
RESTASIS.....	59	SELZENTRY.....	14	STIVARGA.....	22
RESTASIS MULTIDOSE	59	SEREVENT DISKUS	61	<i>streptomycin sulfate</i>	13
RETEVMO	22	<i>sertraline hcl</i>	35	STRIBILD TAB.....	15
REVLIMID.....	19	<i>setlakin</i>	47	<i>subvenite</i>	33
REXULTI	38	<i>sevelamer carbonate</i>	49	<i>sucralfate</i>	51
REYATAZ.....	14	<i>sharobel</i>	47	<i>sulfacetamide sodium</i>	
RHOPRESSA	59	SHINGRIX	56	(<i>acne</i>).....	63
RIABNI.....	22	SIGNIFOR	49	<i>sulfacetamide sodium</i>	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	16	<i>sildenafil citrate</i>	60	(<i>ophth</i>).....	58
<i>rifabutin</i>	15	<i>sildenafil citrate (pulmonary</i>		<i>sulfacetamide sodium-</i>	
<i>rifampin</i>	15	<i>hypertension)</i>	30	<i>prednisolone ophth soln</i>	
<i>riluzole</i>	41	<i>silodosin</i>	52	10-0.23(0.25)%	58

SULFADIAZINE	13	SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG	43	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	14
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim iv soln 400- 80 mg/5ml</i>	13	SYNRIBO	20	TEPMETKO	22
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i>	13	SYNTHROID.....	50	<i>terazosin hcl</i>	24
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim tab 400-80 mg</i>	13	T		<i>terbinafine hcl</i>	13
<i>sulfamethoxazole- trimethoprim tab 800-160 mg</i>	13	TABLOID	19	<i>terbutaline sulfate</i>	61
SULFAMYLLON	63	TABRECTA.....	22	<i>terconazole vaginal</i>	53
<i>sulfasalazine</i>	51	<i>tacrolimus</i>	56	<i>testosterone</i>	42
<i>sulindac</i>	10	<i>tacrolimus (topical)</i>	66	<i>testosterone cypionate</i>	42
<i>sumatriptan</i>	40	<i>tadalafil</i>	60	<i>testosterone enanthate</i> ...42	
<i>sumatriptan succinate</i>	40	TAFINLAR	22	<i>tetrabenazine</i>	41
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	51	TAGRISO	22	<i>tetracycline hcl</i>	18
SUTENT	22	TALTZ.....	55	THALOMID	19
<i>syeda</i>	47	TALZENNA.....	22	THEO-24.....	62
SYMBICORT AER 160-4.5	63	<i>tamoxifen citrate</i>	19	<i>theophylline</i>	62
SYMBICORT AER 80-4.5	63	<i>tamsulosin hcl</i>	52	<i>thioridazine hcl</i>	38
SYMDEKO TAB 100-15062		TARGETIN.....	66	<i>thiothixene</i>	38
SYMDEKO TAB 50-75MG	62	<i>tarina fe 1/20 eq</i>	47	<i>tiadylt er</i>	29
SYMJEPI	62	TASIGNA.....	22	<i>tiagabine hcl</i>	33
SYMPAZAN.....	33	<i>tazarotene</i>	64	TIBSOVO.....	22
SYMTUZA TAB.....	15	<i>tazicef</i>	17	<i>tigecycline</i>	18
SYNAREL.....	47	TAZORAC	64	TIGECYCLINE	18
SYNERCID INJ 500MG ..	13	<i>taztia xt</i>	29	<i>tilia fe</i>	47
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG	43	TAZVERIK	22	<i>timolol maleate</i>	28
SYNJARDY TAB 12.5-500	43	TDVAX INJ 2-2 LF	56	<i>timolol maleate (ophth)</i> ...59	
SYNJARDY TAB 5- 1000MG	43	TECENTRIQ.....	22	<i>timolol maleate (ophth)</i> <i>once-daily</i>	59
SYNJARDY TAB 5-500MG	43	TEFLARO	17	TIVICAY	14
SYNJARDY XR TAB 10- 1000	43	<i>telmisartan</i>	26	TIVICAY PD.....	14
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG	43	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i>	26	<i>tizanidine hcl</i>	41
SYNJARDY XR TAB 25- 1000	43	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i>	26	TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	58
		<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i>	26	<i>tobramycin</i>	13
		<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i>	26	<i>tobramycin (ophth)</i>	58
		<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>	26	<i>tobramycin sulfate</i>	13
		<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i>	26	<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i> ...58	
		<i>telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg</i>	26	<i>tolterodine tartrate</i>	52, 53
		<i>temazepam</i>	40	<i>topiramate</i>	33
		TEMIXYS TAB 300-300 ..	15	<i>toposar</i>	20
		TENIVAC INJ 5-2LF	56	<i>toremifene citrate</i>	19
				<i>torsemide</i>	29
				TOVIAZ.....	53
				TPN ELECTROL INJ	57
				TRADJENTA.....	43
				<i>tramadol hcl</i>	12
				<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	12
				<i>trandolapril</i>	24

<i>tranexamic acid</i>	54	TRIKAFTA TAB 100-50- 75MG & 150MG	62	<i>valganciclovir hcl</i>	16
<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	35	TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG	62	<i>valproate sodium</i>	33
TRAVASOL INJ 10%	58	<i>tri-legest fe</i>	47	<i>valproic acid</i>	33
<i>travoprost</i>	59	<i>tri-lynyah</i>	47	<i>valsartan</i>	26
TRAZIMERA	22	<i>tri-lo-estarylla</i>	47	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>trazodone hcl</i>	35	<i>tri-lo-marzia</i>	47	160-12.5 mg.....	26
TRECTOR	15	<i>tri-lo-mili</i>	47	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	60	<i>tri-lo-sprintec</i>	47	160-25 mg.....	26
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	60	<i>trilyte</i>	51	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRELSTAR MIXJECT	19	<i>trimethoprim</i>	13	320-12.5 mg.....	26
<i>treprostinil</i>	31	<i>tri-mili</i>	47	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRESIBA	45	<i>trimipramine maleate</i>	35	320-25 mg.....	26
TRESIBA FLEXTOUCH..	45	TRINTELLIX	35	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tretinoin</i>	63	<i>tri-nymyo</i>	47	320-25 mg.....	26
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> ..	20	<i>tri-previfem</i>	47	<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TREXALL.....	55	<i>tri-sprintec</i>	47	80-12.5 mg.....	26
<i>triamcinolone acetonide</i> (mouth).....	66	TRIUMEQ TAB	15	VALTOCO.....	33
<i>triamcinolone acetonide</i> (topical)	65	<i>trivora-28</i>	47	<i>vancomycin hcl</i>	13
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg.....	29	<i>tri-vylibra</i>	47	VANCOMYCIN INJ 1 GM13	
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg.....	29	<i>tri-vylibra lo</i>	47	VANCOMYCIN INJ 500MG	13
<i>triamterene &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg.....	29	TROGARZO	14	VANCOMYCIN INJ 750MG	13
TRICARE TAB PRENATAL	57	TROPHAMINE INJ 10% .	58	<i>vandazole</i>	53
<i>triderm</i>	65	<i>trospium chloride</i>	53	VAQTA	56
<i>trientine hcl</i>	45	TRULICITY	44	VARIVAX	56
<i>tri-estarylla</i>	47	TRUMENBA INJ	56	VASCEPA.....	27
<i>trifluoperazine hcl</i>	38	TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE.....	22	VELCADE	22
<i>trifluridine</i>	58	TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE.....	22	<i>velivet</i>	47
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	36	TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE	22	VELTASSA	45
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG....	43	TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE	22	VEMLIDY	16
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG	43	TRUXIMA	22	VENCLEXTA	22, 23
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG....	43	TUKYSA	22	VENCLEXTA TAB START PK	23
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG...	43	TURALIO	22	<i>venlafaxine hcl</i>	35
		TWINRIX INJ	56	VENTAVIS	31
		TYBOST	14	VENTOLIN HFA.....	61
		TYPHIM VI.....	56	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	61
		U		<i>verapamil hcl</i>	29
		UBRELVY	40	VERSACLOZ	38
		UKONIQ	22	VERZENIO	23
		<i>unithroid</i>	50	<i>vestura</i>	47
		<i>ursodiol</i>	52	V-GO 20 KIT	45
		V		V-GO 30 KIT	45
		<i>valacyclovir hcl</i>	16		
		VALCHLOR	66		

V-GO 40 KIT	45	XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	33	<i>yuvaferm</i>	48
VICTOZA	44	XCOPRI PAK 50-100MG	33	Z	
<i>vienna</i>	47	XCOPRI PAK 50-200MG	33	<i>zafemy</i>	47
<i>vigabatrin</i>	33	XELJANZ	55	<i>zafirlukast</i>	61
<i>vigadrone</i>	33	XELJANZ XR	55	<i>zarah</i>	47
VIIBRYD	35	XERMELO	52	ZARXIO	53
VIIBRYD KIT STARTER	35	XGEVA	45	ZEJULA	23
VIMPAT	33	XIFAXAN	52	ZELBORAF	23
<i>vincristine sulfate</i>	20	XIGDUO XR TAB 10-1000		ZEMAIRA.....	62
<i>vinorelbine tartrate</i>	20	.....	44	<i>zenatane</i>	63
<i>viorele</i>	47	XIGDUO XR TAB 10-		ZENPEP CAP 10000UNT	
VIRACEPT.....	14	500MG	44	.....	52
VIREAD	14	XIGDUO XR TAB 2.5-1000		ZENPEP CAP 15000UNT	
VITRAKVI	23	.....	44	.....	52
VIVITROL	42	XIGDUO XR TAB 5-		ZENPEP CAP 20000UNT	
VIZIMPRO	23	1000MG	44	.....	52
<i>voriconazole</i>	13, 14	XIGDUO XR TAB 5-500MG		ZENPEP CAP 25000	52
VOSEVI TAB	16	.....	44	ZENPEP CAP 3000UNIT	52
VOTRIENT	23	XOLAIR	62	ZENPEP CAP 40000	52
VRAYLAR.....	38	XOSPATA.....	23	ZENPEP CAP 5000UNIT	52
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	38	XPOVIO 100 MG ONCE		ZERVIAE	59
<i>vyfemla</i>	47	WEEKLY	23	<i>zidovudine</i>	14
<i>vylibra</i>	47	XPOVIO 40 MG ONCE		<i>ziprasidone hcl</i>	38
VYVANSE.....	39	WEEKLY	23	<i>ziprasidone mesylate</i>	38
VYZULTA	59	XPOVIO 40 MG TWICE		ZIRABEV	23
W		WEEKLY	23	ZIRGAN	58
<i>warfarin sodium</i>	53	XPOVIO 60 MG ONCE		<i>zoledronic acid</i>	45
<i>water for irrigation, sterile</i>		WEEKLY	23	ZOLINZA.....	23
<i>irrigation soln</i>	66	XPOVIO 60 MG TWICE		<i>zolmitriptan</i>	40
<i>wera</i>	47	WEEKLY	23	<i>zolpidem tartrate</i>	40
X		XPOVIO 80 MG ONCE		<i>zonisamide</i>	34
XALKORI	23	WEEKLY	23	ZORTRESS	56
XARELTO	53	XPOVIO 80 MG TWICE		<i>zovia 1/35</i>	47
XARELTO STAR TAB		WEEKLY	23	<i>zumandimine</i>	47
15/20MG	53	XTANDI	19	ZYCLARA PUMP	66
XATMEP	55	<i>xulane</i>	47	ZYDELIG	23
XCOPRI.....	33	XULTOPHY INJ 100/3.6	45	ZYKADIA	23
XCOPRI PAK 100-150....	33	XYREM.....	41	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	58
XCOPRI PAK 12.5-25....	33	Y		ZYPITAMAG	27
XCOPRI PAK 150-200MG		YF-VAX INJ	56	ZYPREXA RELPREVV ...	38
(MAINTENANCE).....	33				

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