

AvMed Medicare Formulario para 2021 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, 00021173 Version Number 11
H1016_PH237SP-092020_C

Este formulario resumido se actualizó el 05/01/2021. 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 05/01/2021. 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 2021 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 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontinuaremos ni reduciremos la cobertura del medicamento durante el año de cobertura 2021, 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 05/01/2021. 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 7. 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 7. 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 64. 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 7. 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 4 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, muéstrésela 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.

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 64.

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 Realizado. Este medicamento por receta normalmente no está cubierto por ningún plan de Medicare para recetas médicas. La cantidad que usted paga cuando le despachan la receta de este medicamento no cuenta para sus costos totales de medicamentos (es decir, la cantidad que usted paga no le ayuda a calificar para la cobertura catastrófica). Además, si está recibiendo ayuda adicional para pagar sus medicamentos por receta, usted no conseguirá ningún tipo de ayuda adicional para costear este medicamento.
- “GC”:** Cobertura de Brecha. Proporcionamos cobertura para este medicamento por receta en la Etapa de Falta de Cobertura. Por favor consulte su Constancia de Cobertura para detalles sobre esta cobertura.
- “LA”:** Disponibilidad Limitada. Este medicamento por receta puede estar disponible sólo en ciertas farmacias. Para obtener más información, por favor llame al Departamento de Servicios a los Afiliados.
- “PA”:** Autorización Previa. El Plan requiere que usted o su médico obtenga autorización previa para ciertos medicamentos. Esto significa que usted tendrá que obtener la aprobación antes de que le despachen sus recetas. Si no obtiene la aprobación, es posible que el plan no cubra el medicamento.
- “QL”:** Límite de Cantidad. Para ciertos medicamentos, el Plan limita la cantidad del medicamento que cubrimos.
- “SI”:** Selectas Insulinas. Insulinas disponibles con un copago fijo en las fases de cobertura inicial y de brecha de cobertura. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

AvMed Medicare eff 05/01/2021

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	GC
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	GC
<i>naproxen</i> TBEC 375mg, 500mg	2	GC
<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
<i>methadone hcl intensol</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

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

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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>ALINIA</i> SUSR 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	5	QL
<i>amikacin sulfate</i> SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
<i>atovaquone</i> SUSP 750mg/5ml	5	
<i>aztreonam</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>CAYSTON</i> 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 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 300 mg/50ml	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 600 mg/50ml	4	
<i>clindamycin phosphate in d5w iv soln</i> 900 mg/50ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i> 300/50ML	4	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i> 600/50ML	4	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i> 900/50ML	4	
<i>colistimethate sodium</i> SOLR 150mg	4	
<i>dapsone</i> TABS 25mg, 100mg	3	
<i>DAPTOMYCIN</i> SOLR 350mg	5	
<i>daptomycin</i> SOLR 350mg, 500mg	5	
<i>EMVERM</i> CHEW 100mg QL (12 tabs / 365 días)	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	
<i>meropenem</i> SOLR 1gm, 500mg	4	
<i>methenamine hippurate</i> TABS 1gm	3	

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
metronidazole TABS 250mg, 500mg	2	GC
metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml	3	
neomycin sulfate TABS 500mg	2	GC
nitazoxanide TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
nitrofurantoin macrocrystal CAPS 50mg, 100mg	3	
nitrofurantoin monohyd macro CAPS 100mg	3	
paromomycin sulfate CAPS 250mg	4	
pentamidine isethionate inh SOLR 300mg	4	B/D
pentamidine isethionate inj SOLR 300mg	4	
praziquantel TABS 600mg	4	
SIVEXTRO SOLR 200mg; TABS 200mg	5	
streptomycin sulfate SOLR 1gm	5	
SULFADIAZINE TABS 500mg	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	4	
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	3	
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	1	GC
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	1	GC
SYNERCID INJ 500MG	5	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	5	PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
trimethoprim TABS 100mg	2	GC
vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL

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

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
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	3	
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; SOLN 100mg/ml	5	
<i>atazanavir sulfate</i> CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
CRIXIVAN CAPS 200mg, 400mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
<i>efavirenz</i> CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
<i>emtricitabine</i> CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	3	
<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	
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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	3	
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>stavudine</i> CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	
TIVICAY TABS 25mg, 50mg	5	
TIVICAY PD TBSO 5mg	3	
TROGARZO SOLN 200mg/1.33ml	5	LA
TYBOST TABS 150mg	4	
VIRACEPT TABS 250mg, 625mg	5	
VIREAD POWD 40mg/gm; TABS 150mg, 200mg, 250mg	5	
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS		
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg	3	
abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg	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	
efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg	5	
efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg	5	
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg	5	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
EVOTAZ TAB 300-150	5	
GENVOYA TAB	5	
JULUCA TAB 50-25MG	5	
KALETRA TAB 100-25MG	4	
KALETRA TAB 200-50MG	5	
lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
STRIBILD TAB	5	
SYMTUZA TAB	5	
TEMIXYS TAB 300-300	5	
TRIUMEQ TAB	5	
AGENTES ANTITUBERCULOSOS		
cycloserine CAPS 250mg	5	
ethambutol hcl TABS 100mg, 400mg	3	
isoniazid SYRP 50mg/5ml	4	
isoniazid TABS 100mg, 300mg	1	GC
PASER PACK 4gm	4	
PRIFTIN TABS 150mg	4	
pyrazinamide TABS 500mg	4	
rifabutin CAPS 150mg	4	
rifampin CAPS 150mg, 300mg	3	
rifampin SOLR 600mg	4	
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECTOR TABS 250mg	4	
ANTIVIRALES		
acyclovir CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC
acyclovir SUSP 200mg/5ml	4	
acyclovir sodium SOLN 50mg/ml	4	B/D
adefovir dipivoxil TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
entecavir TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
famciclovir TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
ganciclovir sodium SOLR 500mg	4	B/D

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
lamivudine (hbv) TABS 100mg	4	
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
oseltamivir phosphate CAPS 30mg	3	QL
QL (168 caps / año)		
oseltamivir phosphate CAPS 45mg, 75mg	3	QL
QL (84 caps / año)		
oseltamivir phosphate SUSR 6mg/ml	3	QL
QL (1080 mL / año)		
PEGASYS SOLN 180mcg/0.5ml, 180mcg/ml	5	PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL
QL (6 inhaladores / año)		
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	3	
ribavirin (hepatitis c) TABS 200mg	4	
rimantadine hydrochloride TABS 100mg	4	
valacyclovir hcl TABS 1gm, 500mg	3	
valganciclovir hcl SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA
CEFALOSPORINAS		
cefaclor CAPS 250mg, 500mg	3	
cefaclor SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACTOR ER TB12 500mg	4	
cefadroxil CAPS 500mg	2	GC
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cefazolin sodium SOLR 1gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
cefdinir CAPS 300mg	2	GC
cefdinir SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
cefepime hcl SOLR 1gm, 2gm	4	
cefixime SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
cefoxitin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
cefpodoxime proxetil SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
cefpodoxime proxetil TABS 100mg, 200mg	3	
cefprozil SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
ceftazidime SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 7.5gm, 750mg	3	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/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
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
erythrocine stearate TABS 250mg	4	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	
FLUOROQUINOLONAS		
CIPRO SUSR 500mg/5ml	4	
ciprofloxacin 200 mg/100ml in d5w	3	
ciprofloxacin 400 mg/200ml in d5w	3	
ciprofloxacin hcl TABS 100mg	4	
ciprofloxacin hcl TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin SOLN 25mg/ml	4	
levofloxacin TABS 250mg, 500mg, 750mg	1	GC
levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml	3	
levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml	3	
moxifloxacin hcl TABS 400mg	4	
moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ampicillin sodium</i> SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 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	
NAFCILLIN SODIUM SOLR 10gm	5	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>oxacillin sodium</i> SOLR 10gm	5	
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> <i>for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 2.25 gm (2-0.25</i> <i>gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)</i>	4	
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 13.5 gm (12-1.5</i> <i>gm)</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>piperacillin sod-tazobactam</i> <i>sod for inj 40.5 gm (36-4.5</i> <i>gm)</i>	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	5	
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
LEUKERAN TABS 2mg	5	
<i>oxaliplatin</i> SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
<i>oxaliplatin</i> SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
<i>paraplatin</i> SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
<i>adriamycin</i> SOLN 2mg/ml	4	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- 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>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
<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	1	GC
<i>bicalutamide</i> TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	4	
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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
ZYTIGA TABS 500mg	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, 20mg, 25mg QL (28 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
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
ALUNBRIG TABS 30mg, 90mg, 180mg	5	LA PA
ALUNBRIG PAK	5	LA PA
AVASTIN SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AYVAKIT TABS 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	5	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
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

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
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 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 (56 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA CAPS 140mg QL (120 caps / 30 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 140mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 280mg QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
IMBRUVICA TABS 420mg, 560mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 1mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INLYTA TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
INREBIC CAPS 100mg	5	LA PA
IRESSA TABS 250mg	5	LA PA
JAKAFI TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
KADCYLA SOLR 100mg, 160mg	5	B/D
KANJINTI SOLR 150mg, 420mg	5	PA
KEYTRUDA SOLN 100mg/4ml	5	PA
KISQALI TBPK 200mg	5	PA

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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	5	LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
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
TAGRISSE TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
TALZENNA CAPS .25mg, 1mg	5	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
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 50mg QL (112 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TABS 100mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
VENCLEXTA TAB START PK QL (42 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
VERZENIO TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg	5	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	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES 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</i> cap 2.5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 5-10 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 5-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 5-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 10-20 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-benazepril hcl</i> cap 10-40 mg QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 5-6.25 mg	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 10-12.5 mg	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 20-12.5 mg	1	GC
<i>benazepril & hydrochlorothiazide</i> tab 20-25 mg	1	GC

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 5-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> tab 10-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 5-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 10-320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 16-12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide</i> tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
EDARBYCLOR TAB 40- 25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 150-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 300-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 50-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC
<i>losartan potassium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 100-</i> <i>25 mg</i>	1	GC
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-25</i> <i>mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-5-</i> <i>12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-</i> <i>12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-5-</i> <i>25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-</i> <i>12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan-amlodipine-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-10-</i> <i>25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-</i> <i>5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 40-</i> <i>10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-</i> <i>5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-amlodipine tab 80-</i> <i>10 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 40-</i> <i>12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 80-</i> <i>12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 80-25</i> <i>mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 80-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-12.5 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> <i>tab 160-25 mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 320-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> tab 320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
<i>candesartan cilexetil</i> TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>candesartan cilexetil</i> TABS 32mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBI TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>irbesartan</i> TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>losartan potassium</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>olmesartan medoxomil</i> TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>telmisartan</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan</i> TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
<i>valsartan</i> TABS 320mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
<i>amiodarone hcl</i> SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml	2	GC
<i>amiodarone hcl</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>amiodarone hcl</i> TABS 200mg	1	GC
<i>disopyramide phosphate</i> CAPS 100mg, 150mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dofetilide</i> CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
<i>flecainide acetate</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 100mg, 400mg	4	
<i>pacerone</i> TABS 200mg	1	GC
<i>propafenone hcl</i> CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
<i>propafenone hcl</i> TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
<i>quinidine sulfate</i> TABS 200mg, 300mg	2	GC
<i>sorine</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
<i>sotalol hcl</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
<i>sotalol hcl (afib/af)</i> TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	GC
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
ANTARA CAPS 30mg, 90mg	4	
<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

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BETABLOQUEANTE		
<i>acebutolol hcl</i> CAPS 200mg, 400mg	2	GC
<i>atenolol</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>bisoprolol fumarate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC
BYSTOLIC TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
BYSTOLIC TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>carvedilol</i> TABS 3.125mg, 6.25mg, 12.5mg, 25mg	1	GC
<i>labetalol hcl</i> TABS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>metoprolol succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	2	GC
<i>metoprolol tartrate</i> SOLN 5mg/5ml	3	
<i>metoprolol tartrate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>nadolol</i> TABS 20mg, 40mg, 80mg	3	
<i>pindolol</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>propranolol hcl</i> CP24 60mg, 80mg, 120mg, 160mg; SOLN 20mg/5ml, 40mg/5ml	3	
<i>propranolol hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg, 60mg, 80mg	2	GC
<i>timolol maleate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
BLOQUEANTES DE LOS CANALES DE CALCIO		
<i>amlodipine besylate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>cartia xt</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg	2	GC
<i>dilt-xr</i> CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
<i>diltiazem hcl</i> CP12 60mg, 90mg, 120mg	4	

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
<i>ADRENALIN</i> SOLN 1mg/ml	4	
<i>aliskiren fumarate</i> TABS 150mg, 300mg	4	
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 2.5-10 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 2.5-20 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 2.5-40 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 5-10 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 5-20 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 5-40 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 5-80 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 10-10 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 10-20 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 10-40 mg	1	GC
<i>amlodipine besylate-atorvastatin calcium tab</i> 10-80 mg	1	GC
<i>clonidine</i> PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
<i>CORLANOR</i> SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL

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

ED - Medicamento Excluido
GC - Cobertura de Brecha
ST - Terapia Escalonada
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare 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>digox</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>droxidopa</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>droxidopa</i> CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<i>methyldopa</i> TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>metirosine</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
NORTHERA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NORTHERA CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
NITRATOS		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 40mg	5	
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
<i>minitran</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
NITRO-BID OINT 2%	3	
NITRO-DUR PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	4	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	
HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambisentan</i> TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan</i> TABS 62.5mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>bosentan</i> TABS 125mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
OPSUMIT TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sildenafil citrate (pulmonary hypertension)</i> TABS 20mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>treprostinil</i> SOLN 20mg/20ml, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
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>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL

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>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
ANTICONVULSIVOS		
APTOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
BANZEL TABS 200mg, 400mg	5	PA
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	
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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, 500mg; PACK 250mg, 500mg	5	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	
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	

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
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
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> SUSP 300mg/5ml	4	
<i>oxcarbazepine</i> TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
PEGANONE TABS 250mg	4	
<i>phenobarbital</i> ELIX 20mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>phenobarbital</i> TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>phenobarbital sodium</i> SOLN 65mg/ml, 130mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin</i> CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml	3	
<i>phenytoin sodium</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>phenytoin sodium extended</i> CAPS 100mg, 200mg, 300mg	3	
<i>pregabalin</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 200mg QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> CAPS 225mg, 300mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin</i> SOLN 20mg/ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>primidone</i> TABS 50mg, 250mg	2	GC
<i>roweepra</i> TABS 500mg	3	
<i>rufinamide</i> SUSP 40mg/ml	5	PA
SPRITAM TB3D 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 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
XCOPRI TAB 50-200MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
<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	

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>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)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
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; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg	2	GC
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
EMSAM PT24 6mg/24hr, 9mg/24hr, 12mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	5	QL PA
<i>escitalopram oxalate</i> SOLN 5mg/5ml	4	
<i>escitalopram oxalate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
FETZIMA CP24 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CP24 80mg, 120mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
FETZIMA CAP TITRATIO	4	PA
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 10mg, 20mg	1	GC
<i>fluoxetine hcl</i> CAPS 40mg	2	GC
<i>fluoxetine hcl</i> SOLN 20mg/5ml	3	
<i>imipramine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg	2	GC
<i>maprotiline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg	3	
MARPLAN TABS 10mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mirtazapine</i> TABS 7.5mg; TBDP 15mg, 30mg, 45mg	3	
<i>mirtazapine</i> TABS 15mg, 30mg, 45mg	2	GC
<i>nefazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg, 200mg, 250mg	4	
<i>nortriptyline hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg	2	GC
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> TABS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	2	GC
<i>paroxetine hcl</i> TB24 12.5mg, 25mg, 37.5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
PAXIL SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<i>phenelzine sulfate</i> TABS 15mg	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>protriptyline hcl</i> TABS 5mg, 10mg	4	
<i>sertraline hcl</i> CONC 20mg/ml	3	
<i>sertraline hcl</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<i>tranylcypromine sulfate</i> TABS 10mg	4	
<i>trazodone hcl</i> TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 25mg	4	QL
QL (240 caps / 30 días)		
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg	4	QL
QL (120 caps / 30 días)		
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg	4	QL
QL (60 caps / 30 días)		
TRINTELLIX TABS 5mg	4	QL
QL (120 tabs / 30 días)		
TRINTELLIX TABS 10mg	4	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
TRINTELLIX TABS 20mg	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
VIIBRYD KIT STARTER	4	
ANTIPARKINSONIANOS		
<i>amantadine hcl</i> CAPS 100mg	3	QL
QL (120 caps / 30 días)		
<i>amantadine hcl</i> SYRP 50mg/5ml	2	GC
<i>amantadine hcl</i> TABS 100mg	3	
APOKYN SOCT 30mg/3ml	5	QL LA PA
QL (20 cartridges / 30 días)		
<i>benztropine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>benztropine mesylate</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>bromocriptine mesylate</i> CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
<i>carbidopa</i> TABS 25mg	4	
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 10-100 mg</i>	4	
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-100 mg</i>	4	
<i>carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-250 mg</i>	4	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i>	2	GC
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i>	3	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i>	3	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i>	4	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i>	4	
<i>entacapone</i> TABS 200mg	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	QL PA
QL (150 films / 30 días)		

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
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
<i>pramipexole dihydrochloride</i> TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
<i>rasagiline mesylate</i> TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>rasagiline mesylate</i> TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>ropinirole hydrochloride</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
<i>ropinirole hydrochloride</i> TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
<i>selegiline hcl</i> CAPS 5mg	4	
<i>selegiline hcl</i> TABS 5mg	3	
<i>trihexyphenidyl hcl</i> SOLN .4mg/ml; TABS 2mg, 5mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
ANTIPSICÓTICOS		
ABILIFY MANTENA PRSY 300mg, 400mg; SRER 300mg, 400mg QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> SOLN 1mg/ml QL (900 mL / 30 días)	5	QL
<i>aripiprazole</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>aripiprazole</i> TBDP 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 inyección / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<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)	5	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, 2mg, 5mg, 10mg, 20mg	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>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 inyección / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 inyección / 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 inyección / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

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>risperidone</i> TDBP .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
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

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

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 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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<i>HETLIOZ CAPS 20mg</i>	5	LA PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg</i> 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
<i>temazepam CAPS 15mg</i> 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
<i>temazepam CAPS 30mg</i> QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg</i> 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

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
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg</i>	3	
<i>frovatriptan succinate</i> TABS 2.5mg QL (18 tabs / 30 días)	4	QL
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act QL (24 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act QL (12 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml QL (18 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml; SOSY 6mg/0.5ml QL (12 inyecciones / 30 días)	4	QL
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (12 tabs / 30 días)	2	GC QL
UBRELVY TABS 50mg, 100mg QL (16 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg QL (12 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
INGREZZA CAP 40-80MG QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
LITHIUM SOLN 8meq/5ml	4	
<i>lithium carbonate</i> CAPS 150mg, 300mg, 600mg	1	GC
<i>lithium carbonate</i> TABS 300mg; TBCR 300mg, 450mg	2	GC
LYRICA CR TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
NUDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg	3	
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA

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>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
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

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

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
ENDOCRINO Y METABÓLICO		
ANDRÓGENOS		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	3	PA
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
BYDUREON BCISE AUIJ 2mg/0.85ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYDUREON PEN PEN 2mg QL (4 pens / 28 días)	3	QL
BYETTA SOPN 5mcg/0.02ml, 10mcg/0.04ml QL (1 pen / 30 días)	4	QL
FARXIGA TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
glimepiride TABS 1mg, 2mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glimepiride TABS 4mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 5mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TABS 10mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide xl TB24 2.5mg, 5mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
glipizide xl TB24 10mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-250 mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 2.5-500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
glipizide-metformin hcl tab 5- 500 mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
GLYXAMBI TAB 10-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GLYXAMBI TAB 25-5 MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50- 500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 50-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JANUMET XR TAB 100-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JANUVIA TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JARDIANCE TABS 25mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-850 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 2.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
JENTADUETO TAB XR 5- 1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

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>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
<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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

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
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	
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	3	
NOVOLOG FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI	3	
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI	3	
OMNIPOD KIT STARTER QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD MIS 5 PACK QL (10 boxes / 30 días)	4	QL PA
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
SOLIQUA 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

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
REGULADORES DE CALCIO		
<i>alendronate sodium</i> SOLN 70mg/75ml	4	
<i>alendronate sodium</i> TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
<i>calcitonin (salmon)</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
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 inyección / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	4	
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
CHEMET CAPS 100mg	4	
<i>clovique</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sodium polystyrene sulfonate powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	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>	3	
<i>aurovela fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>aurovela fe 1/20</i>	2	GC
<i>aviane</i>	2	GC
<i>ayuna</i>	2	GC
<i>azurette</i>	3	
<i>balziva</i>	3	
<i>bekyree</i>	3	
<i>blisovi fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>briellyn</i>	3	
<i>camila</i> TABS .35mg	2	GC
<i>caziant</i>	3	
<i>chateal</i>	2	GC
<i>cryselle-28</i>	2	GC
<i>cyclafem 1/35</i>	2	GC
<i>cyclafem 7/7/7</i>	2	GC
<i>cyred eq</i>	2	GC
<i>dasetta 1/35</i>	2	GC
<i>dasetta 7/7/7</i>	2	GC
<i>deblitane</i> TABS .35mg	2	GC
<i>desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	3	
<i>elinest</i>	2	GC
ELLA TABS 30mg	3	

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 42
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>eluryng</i>	4	
<i>emoquette</i>	2	GC
<i>enpresse-28</i>	2	GC
<i>enskyce</i>	2	GC
<i>errin TABS .35mg</i>	2	GC
<i>estarylla</i>	2	GC
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg</i>	3	
<i>ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg</i>	3	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr</i>	4	
<i>falmina</i>	2	GC
<i>femynor</i>	2	GC
<i>gianvi</i>	3	
<i>hailey 1.5/30</i>	3	
<i>heather TABS .35mg</i>	2	GC
<i>iclevia</i>	3	
<i>incassia TABS .35mg</i>	2	GC
<i>introvale</i>	3	
<i>isibloom</i>	2	GC
<i>jasmiel</i>	3	
<i>jolessa</i>	3	
<i>juleber</i>	2	GC
<i>junel 1.5/30</i>	3	
<i>junel 1/20</i>	3	
<i>junel fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>junel fe 1/20</i>	2	GC
<i>kariva</i>	3	
<i>kelnor 1/35</i>	3	
<i>kelnor 1/50</i>	3	
<i>kurvelo</i>	2	GC
<i>larin 1.5/30</i>	3	
<i>larin 1/20</i>	3	
<i>larin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>larin fe 1/20</i>	2	GC
<i>larissia</i>	2	GC
<i>leena</i>	3	
<i>lessina</i>	2	GC
<i>levonest</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15- 0.03 mg</i>	3	
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	2	GC
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125- 30mg-mcg</i>	2	GC
<i>levora 0.15/30-28</i>	2	GC
<i>lillow</i>	2	GC
<i>loestrin 1.5/30-21</i>	3	
<i>loestrin 1/20-21</i>	3	
<i>loestrin fe 1.5/30</i>	2	GC
<i>loestrin fe 1/20</i>	2	GC
<i>loryna</i>	3	
<i>low-ogestrel</i>	2	GC
<i>luteria</i>	2	GC
<i>lyleq TABS .35mg</i>	2	GC
<i>lyza TABS .35mg</i>	2	GC
<i>marlissa</i>	2	GC
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml</i>	3	
<i>microgestin 1.5/30</i>	3	
<i>microgestin 1/20</i>	3	
<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>	3	
<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>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>	3	
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>	2	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>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>	3	
<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	
<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>	3	
<i>tri-estarylla</i>	2	GC
<i>tri-legest fe</i>	3	
<i>tri-lynyah</i>	2	GC
<i>tri-lo-estarylla</i>	3	
<i>tri-lo-marzia</i>	3	
<i>tri-lo-mili</i>	3	
<i>tri-lo-sprintec</i>	3	
<i>tri-mili</i>	2	GC
<i>tri-nymyo</i>	2	GC
<i>tri-previfem</i>	2	GC
<i>tri-sprintec</i>	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tri-vylibra</i>	2	GC
<i>tri-vylibra lo</i>	3	
<i>trivora-28</i>	2	GC
<i>tulana TABS .35mg</i>	2	GC
<i>velivet</i>	3	
<i>vienva</i>	2	GC
<i>viorele</i>	3	
<i>vyfemla</i>	3	
<i>vylibra</i>	2	GC
<i>wera</i>	3	
<i>xulane</i>	4	
<i>zarah</i>	3	
<i>zovia 1/35e</i>	3	
<i>zumandimine</i>	3	
ENDOMETRIOSIS		
<i>danazol CAPS 50mg, 100mg, 4 200mg</i>		
<i>SYNAREL SOLN 2mg/ml</i>	5	
ESTRÓGENOS		
<i>amabelz</i>	3	
<i>DELESTROGEN OIL 10mg/ml</i>	4	
<i>dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr</i>	3	
<i>estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr; PTWK .025mg/24hr, .05mg/24hr, .06mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr, 37.5mcg/24hr</i>	3	
<i>estradiol TABS .5mg, 1mg, 2mg</i>	2	GC
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 0.5-0.1 mg</i>	3	
<i>estradiol & norethindrone acetate tab 1-0.5 mg</i>	3	
<i>estradiol vaginal CREA .1mg/gm</i>	3	
<i>estradiol vaginal TABS 10mcg</i>	4	

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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		
ALDURAZIME 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
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
<i>cinacalcet hcl</i> TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
<i>desmopressin acetate</i> SOLN 4mcg/ml	5	
<i>desmopressin acetate</i> TABS .1mg, .2mg	3	
<i>desmopressin acetate spray</i> SOLN .01%	4	

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 45
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>desmopressin acetate spray refrigerated</i> SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINISQUICK SOLR .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg	5	PA
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> SOLN 1gm/10ml; TABS 330mg	4	B/D
LUMIZYME SOLR 50mg	5	LA PA
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH KIT 7.5mg, 11.25mg, 15mg	5	PA
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH KIT 11.25mg, 30mg	5	PA
<i>miglustat</i> CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
<i>nitisinone</i> CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml	4	PA
<i>octreotide acetate</i> SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
OSPHEHA TABS 60mg	3	PA
<i>raloxifene hcl</i> TABS 60mg	3	
<i>sapropterin dihydrochloride</i> PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
<i>sodium phenylbutyrate</i> POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
STIMATE SOLN 1.5mg/ml	5	
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA TABS 210mg QL (360 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i> TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
<i>sevelamer carbonate</i> TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
PROGESTINAS		
<i>medroxyprogesterone acetate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>megestrol acetate</i> SUSP 40mg/ml	3	
<i>megestrol acetate (appetite)</i> SUSP 625mg/5ml	4	PA
<i>norethindrone acetate</i> TABS 5mg	3	
AGENTES TIROIDEOS		
<i>euthyrox</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC
<i>levo-t</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levothyroxine sodium</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
<i>levoxy</i> TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	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	2	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	
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
EMEND SUSR 125mg/5ml	4	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>granisetron hcl</i> SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	3	
<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
SANCUSO PTCH 3.1mg/24hr QL (4 parches / 28 días)	5	QL
<i>scopolamine</i> PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
<i>dicyclomine hcl</i> CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
<i>dicyclomine hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>glycopyrrolate</i> TABS 1mg, 2mg	3	

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
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	3	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
<i>balsalazide disodium</i> CAPS 750mg	3	
<i>budesonide</i> CPEP 3mg	4	
<i>budesonide</i> TB24 9mg	5	
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i> ENEM 100mg/60ml	4	
<i>mesalamine</i> CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine</i> ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
<i>mesalamine</i> TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
<i>mesalamine w/ cleanser</i> KIT 4gm	4	
<i>sulfasalazine</i> TABS 500mg	2	GC
<i>sulfasalazine</i> TBEC 500mg	3	
LASANTES		
<i>constulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>enulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>gavilyte-c</i>	2	GC
<i>gavilyte-g</i>	2	GC
<i>gavilyte-n/flavor pack</i>	2	GC
<i>generlac</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>GOLYTELY</i> SOL	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
KRISTALOSE PACK 10gm, 20gm	4	
<i>lactulose</i> SOLN 10gm/15ml	3	
<i>lactulose (encephalopathy)</i> SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL FLAV PKS	3	
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl-na sulfate for soln</i> 236 gm	2	GC
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln</i> 420 gm	2	GC
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>amoxicillin cap-clarithro tab-lansopraz cap dr therapy pack</i>	4	
<i>cromolyn sodium (mastocytosis)</i> CONC 100mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine liq</i> 2.5-0.025 mg/5ml	4	
<i>diphenoxylate w/ atropine tab</i> 2.5-0.025 mg	3	
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	
TRULANCE TABS 3mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ursodiol</i> CAPS 300mg	3	
<i>ursodiol</i> TABS 250mg, 500mg	4	
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	4	QL
QL (30 caps / 30 días)		
<i>esomeprazole magnesium</i> CPDR 20mg, 40mg	4	QL ST
QL (30 caps / 30 días)		
<i>lansoprazole</i> CPDR 15mg, 30mg	3	QL
QL (60 caps / 30 días)		
<i>lansoprazole</i> TBDD 15mg, 30mg	4	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>omeprazole</i> CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>pantoprazole sodium</i> SOLR 40mg	4	
<i>pantoprazole sodium</i> TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
<i>rabeprazole sodium</i> TBEC 20mg	3	QL
QL (30 tabs / 30 días)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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
OXYTROL PTTW 3.9mg/24hr	4	
<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
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
<i>clindamycin phosphate vaginal</i> CREA 2%	3	
<i>metronidazole vaginal</i> GEL .75%	3	
<i>terconazole vaginal</i> CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
<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	
FRAGMIN SOLN 2500unit/0.2ml	4	
FRAGMIN SOLN 5000unit/0.2ml, 7500unit/0.3ml, 10000unit/ml, 12500unit/0.5ml, 15000unit/0.6ml, 18000unit/0.72ml, 95000unit/3.8ml	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>heparin sodium (porcine)</i> SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
<i>heparin sodium (porcine)</i> 100 unit/ml in d5w	3	
<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/NACL INJ 25000UNT	3	
<i>jantoven</i> TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 110mg, 150mg QL (60 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

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
VARIOS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTelet TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml QL (6 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 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

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
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 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 / año)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FLEBOGAMMA DIF SOLN 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMASTAN INJ	4	B/D
GAMMAGARD LIQUID SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
GAMMAGARD S/D IGA LESS TH SOLR 5gm, 10gm	5	PA
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
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 10mu, 18mu, 50mu	5	B/D
INMUNOSUPRESORES		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D

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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 52
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
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; 5 SOLR 120mg, 400mg; SOSY 200mg/ml		PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .5mg, .75mg	5	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg	4	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; 4 SOLN 100mg/ml		B/D
mycophenolate mofetil CAPS 3 250mg; TABS 500mg		B/D
mycophenolate mofetil SUSR 5 200mg/ml		B/D
mycophenolate sodium TBEC 4 180mg, 360mg		B/D
NULOJIX SOLR 250mg 5		B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg 4		B/D
SANDIMMUNE SOLN 3 100mg/ml		B/D
sirolimus SOLN 1mg/ml; 5 TABS 2mg		B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg 4		B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 4 5mg		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 3 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml		B/D
GARDASIL 9 INJ 3		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 3 1440elu/ml		
HIBERIX SOLR 10mcg 3		
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) 3 INJ 2.5unit/ml		B/D
INFANRIX INJ 3		
IPOL INJ INACTIVE 3		
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 3 7.5mcg/0.5ml		
PENTACEL INJ 3		
PROQUAD INJ 3		
QUADRACEL INJ 3		
RABAVERT INJ 3		B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 3 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml		B/D
ROTARIX SUS 3		
ROTATEQ SOL 3		
SHINGRIX SUSR 3 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)		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 3 25mcg/0.5ml		
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 3 50unit/ml		
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml 3		
YF-VAX INJ 3		
ZOSTAVAX SUSR 3 19400unt/0.65ml QL (1 vial por vida)		QL

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NACL INJ 0.3%	3	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	4	
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	4	
lactated ringer's solution	3	
MAGNESIUM SULFATE SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml	3	

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

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
PRENATAL TAB 27-1MG	3	
PRENATAL TAB PLUS	3	
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	3	
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln	2	GC
TRICARE TAB PRENATAL	3	
NUTRICIÓN IV		
AMINOSYN-PF INJ 7%	4	B/D
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
clinisol sf 15%	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
dextrose SOLN 5%, 10%	3	
dextrose SOLN 50%, 70%	3	B/D
FREAMINE HBC INJ 6.9%	4	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
hepatamine	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NEPHRAMINE INJ 5.4%	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
plenamine	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		
bacitracin-polymyxin-neomycin-hc ophth oint 1%	3	
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	2	GC

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>tobramycin (ophth)</i> SOLN .3%	2	GC
<i>trifluridine</i> SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
<i>bromfenac sodium (ophth)</i> SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i> SOLN .1%	3	
<i>diclofenac sodium (ophth)</i> SOLN .1%	2	GC
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	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> SOLN 4%	1	GC
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl</i> SOLN .1%, .2%	3	
PAZEO SOLN .7%	3	
ZERVIAE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AZOPT SUSP 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%	3	
<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	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR .125%	4	
<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	
VYZULTA SOLN .024%	4	
VARIOS		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
<i>proparacaine hcl</i> SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
XIIDRA SOLN 5%	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
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
<i>cyanocobalamin</i> SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
<i>ergocalciferol</i> CAPS 50000unit	2	ED GC QL
QL (4 caps / 28 días)		
<i>folic acid</i> TABS 1mg	1	ED GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>phytonadione</i> TABS 5mg	4	ED QL
QL (60 tabs / 30 días)		
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL
QL (1 inhalador / 30 días)		
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL
QL (4 inhaladores / 28 días)		
COMBIVENT AER 20-100	4	QL
QL (2 inhaladores / 30 días)		
<i>ipratropium-albuterol nebu soln</i> 0.5-2.5(3) mg/3ml	3	B/D
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		

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

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
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 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>albuterol sulfate</i> TB12 4mg, 8mg	3	
BROVANA NEBU 15mcg/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	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL

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

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 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
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 QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NAALES		
<i>flunisolide (nasal)</i> SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
<i>fluticasone propionate (nasal)</i> SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

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
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
Agentes de la Disfunción Sexual		
Agentes de la Disfunción Sexual		
sildenafil citrate TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
tadalafil TABS 10mg, 20mg QL (4 tabs / 30 días)	3	ED QL
DE USO TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
amnestem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3%	4	
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)	3	QL
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
ery PADS 2%	3	
erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%	4	
tretinoin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
gentamicin sulfate (topical) OINT .1%	3	
mupirocin OINT 2% QL (220 gm / 30 días)	2	GC QL
silver sulfadiazine CREA 1%	2	GC
ssd CREA 1%	2	GC
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	
DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS		
ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 días)	3	QL
ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
clotrimazole (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
clotrimazole (topical) SOLN 1% QL (30 mL / 30 días)	3	QL
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% QL (45 gm / 30 días)	3	QL
ketoconazole (topical) CREA 2% QL (60 gm / 30 días)	3	QL

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>betamethasone dipropionate augmented</i> GEL .05%; LOTN .05%; OINT .05%	4	
<i>betamethasone valerate</i> CREA .1%; LOTN .1%; OINT .1%	3	
<i>calcipotriene-betamethasone dipropionate susp</i> 0.005-0.064% QL (400 gm / 28 días)	5	QL PA
<i>clobetasol propionate</i> CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate</i> GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
<i>clobetasol propionate</i> SOLN .05% QL (50 mL / 30 días)	3	QL
<i>clobetasol propionate e</i> CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>fluocinolone acetonide</i> CREA .01%, .025%; OINT .025%	3	
<i>fluocinolone acetonide</i> OIL .01%	4	
<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	

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>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> AERS .147mg/gm	4	
<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)	3	QL PA
<i>lidocaine</i> OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
<i>lidocaine</i> PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
<i>lidocaine hcl</i> GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	3	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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FINACEA FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> 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%	3	
<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> .75%; LOTN .75%	4	
<i>metronidazole (topical)</i> .75%	3	
NORITATE CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
PICATO GEL .05% QL (2 tubos / 30 días)	4	QL
PICATO GEL .015% QL (3 tubos / 30 días)	4	QL
<i>podofilox</i> SOLN .5%	3	
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	
RECTIV OINT .4% QL (30 gm / 30 días)	4	QL
<i>rosadan</i> CREA .75%	4	
<i>tacrolimus (topical)</i> OINT .03%, .1% QL (100 gm / 30 días)	4	QL
TARGRETIN GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
VALCHLOR GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA

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
ZYCLARA PUMP CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
malathion LOTN .5%	4	
permethrin CREA 5%	3	
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
REGRANEX GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
SANTYL OINT 250unit/gm	4	
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
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	
paroex SOLN .12%	1	GC
periogard SOLN .12%	1	GC
pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg	4	
triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%	3	
ÓTICO		
acetic acid (otic) SOLN 2%	3	
CIPRO HC SUS ÓTICO	4	
ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%	3	
flac OIL .01%	4	
fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%	3	
neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml- 1%	3	
ofloxacin (otic) SOLN .3%	4	

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

ÍNDICE

A		
abacavir sulfate.....	11	
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	12	
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg.....	12	
ABELCET	10	
ABILIFY MAINTENA.....	33	
abiraterone acetate.....	16	
ABRAXANE INJ 100MG	17	
acamprosate calcium.....	38	
acarbose	39	
acebutolol hcl.....	25	
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....	8	
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	8	
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	8	
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	8	
acetazolamide	26	
acetic acid.....	49	
acetic acid (otic).....	63	
acetylcysteine	58	
acitretin	61	
ACTHIB INJ	53	
ACTIMMUNE	52	
acyclovir.....	12	
acyclovir sodium	12	
ADACEL INJ.....	53	
adefovir dipivoxil	12	
ADEMPAS	27	
ADRENALIN	26	
adriamycin	15	
ADVAIR DISKU AER 100/50	59	
ADVAIR DISKU AER 250/50	59	
ADVAIR DISKU AER 500/50	59	
ADVAIR HFA AER 115/21	60	
ADVAIR HFA AER 230/21	60	
ADVAIR HFA AER 45/21	59	
AFINITOR.....	17	
AFINITOR DISPERZ	17	
afirmelle	42	
AIMOVIG	37	
ala-cort.....	61	
albendazole	9	
albuterol sulfate	58	
alclometasone dipropionate	61	
ALDURAZYME	45	
ALECENSA	17	
alendronate sodium	42	
alfuzosin hcl.....	49	
ALIMTA.....	16	
ALINIA	9	
aliskiren fumarate	26	
allopurinol	7	
alosetron hcl	48	
ALPHAGAN P.....	56	
alprazolam	27	
ALREX.....	56	
altavera	42	
ALTOPREV	23	
ALUNBRIG	17	
ALUNBRIG PAK	17	
alyacen 1/35	42	
alyacen 7/7/7	42	
amabelz	44	
amantadine hcl	32	
AMBISOME	10	
ambrisentan	27	
amikacin sulfate	9	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	26	
amiloride hcl.....	26	
AMINOSYN-PF INJ 7%	55	
amiodarone hcl.....	23	
amitriptyline hcl.....	31	
amlodipine besylate.....	25	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg.....	26	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg.....	26	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	20	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	20	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	20	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	20	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	20	
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	20	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg.....	21	
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg.....	21	

amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-20 mg.....21	amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml.....14	amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg .....35
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 5-40 mg.....21	amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg .....14	amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg .....35
amlodipine besylate- valsartan tab 10-160 mg.....21	amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg .....14	amphotericin b .....10
amlodipine besylate- valsartan tab 10-320 mg.....21	amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg .....14	ampicillin .....14
amlodipine besylate- valsartan tab 5-160 mg21	amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg.....14	ampicillin & sulbactam sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm .....14
amlodipine besylate- valsartan tab 5-320 mg21	amoxicillin cap-clarithro tab-lansopraz cap dr therapy pack.....48	ampicillin & sulbactam sodium for inj 3 (2-1) gm.....14
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg.....21	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg .....35	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 1.5 (1- 0.5) gm .....14
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg.....21	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg .....35	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 15 (10- 5) gm .....14
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 10-320-25 mg.....21	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg .....35	ampicillin & sulbactam sodium for iv soln 3 (2-1) gm .....14
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg.....21	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg .....35	ampicillin sodium .....15
amlodipine-valsartan- hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg.....21	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg .....35	anagrelide hcl .....51
amnestem .....60	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg .....35	anastrozole .....16
amoxapine .....31	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg .....35	ANDRODERM .....39
amoxicillin .....14	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg .....35	ANORO ELLIPT AER 62.5- 25 .....57
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg.14	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg .....35	ANTARA .....23
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg....14	amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg .....35	APOKYN.....32
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml.....14	amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg .....35	aprepitant.....47
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml.....14	amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg .....35	aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg .....47
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml.....14	amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg .....35	apri.....42
	amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg .....35	APTIOM .....28
	amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg .....36	APTIVUS .....11
		ARALAST NP .....58
		aranelle .....42
		ARCALYST.....52
		aripiprazole .....33
		ARISTADA.....33
		ARISTADA INITIO .....33
		armodafinil .....38
		ARNUITY ELLIPTA.....59
		asenapine maleate .....33
		aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg.....51
		atazanavir sulfate.....11

<i>atenolol</i>.....25	BD ALCOHOL SWABS...41	<i>bisoprolol &</i>
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	<i>bekyree</i>.....42	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
<i>tab 100-25 mg</i>.....24	BELSOMRA.....36	<i>5-6.25 mg</i>.....24
<i>atenolol & chlorthalidone</i>	<i>benazepril &</i>	<i>bisoprolol fumarate</i> .....25
<i>tab 50-25 mg</i>.....24	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BIVIGAM.....52
<i>atomoxetine hcl</i>.....36	<i>10-12.5 mg</i>.....20	BLEPHAMIDE OIN S.O.P.
<i>atorvastatin calcium</i> .....23	<i>benazepril &</i>	55
<i>atovaquone</i>.....9	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>blisovi fe 1.5/30</i>.....42
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	<i>20-12.5 mg</i>.....20	BOOSTRIX INJ.....53
<i>tab 250-100 mg</i>.....11	<i>benazepril &</i>	BORTEZOMIB.....17
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>bosentan</i>.....27
<i>tab 62.5-25 mg</i>.....11	<i>20-25 mg</i>.....20	BOSULIF .....17
ATROPINE SULFATE ...56	<i>benazepril &</i>	BRAFTOVI.....17
ATROVENT HFA.....57	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	BREO ELLIPTA INH 100-
<i>aubra eq</i>.....42	<i>5-6.25 mg</i>.....20	<i>25</i>.....60
<i>aurovela 1/20</i>.....42	<i>benazepril hcl</i>.....20	BREO ELLIPTA INH 200-
<i>aurovela fe 1.5/30</i>.....42	BENDEKA .....15	<i>25</i>.....60
<i>aurovela fe 1/20</i>.....42	BENLYSTA.....53	BREZTRI AERO AER
AURYXIA.....46	<i>benzoyl peroxide-</i>	<i>SPHERE</i> .....57
AUSTEDO .....37	<i>erythromycin gel 5-3%</i> 60	BREZTRI AERO AER
AVASTIN .....17	<i>benztropine mesylate</i>.....32	<i>SPHERE</i>
<i>aviane</i>.....42	BEPREVE.....56	(INSTITUTIONAL PACK)
<i>avita</i>.....60	BERINERT .....51	57
<i>ayuna</i>.....42	BESIVANCE .....55	<i>briellyn</i> .....42
AYVAKIT .....17	<i>betamethasone</i>	BRILINTA.....51
<i>azacitidine</i>.....16	<i>dipropionate (topical)</i> ...61	<i>brimonidine tartrate</i> .....56
<i>azathioprine</i> .....52	<i>betamethasone</i>	<i>brinzolamide</i> .....56
<i>azelaic acid</i>.....62	<i>dipropionate augmented</i>	BRIVIACT .....28
<i>azelastine hcl</i>.....57	61	<i>bromfenac sodium (ophth)</i>
<i>azelastine hcl (ophth)</i>.....56	<i>betamethasone valerate</i> .61	56
<i>azithromycin</i> .....13, 14	BETASERON.....37	<i>bromocriptine mesylate</i> ...32
AZOPT.....56	<i>betaxolol hcl (ophth)</i> .....56	BROMSITE .....56
<i>aztreonam</i>.....9	<i>bethanechol chloride</i>.....49	BROVANA .....58
<i>azurette</i>.....42	BETOPTIC-S .....56	BRUKINSA .....17
B	BEVESPI AER 9-4.8MCG	<i>budesonide</i> .....48
<i>bacitracin (ophthalmic)</i> ...55	57	<i>budesonide (inhalation)</i> ..59
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	<i>bexarotene</i>.....16	<i>bumetanide</i> .....26
<i>ophth oint</i> .....55	BEXSERO INJ .....53	<i>buprenorphine hcl</i>.....38
<i>bacitracin-polymyxin-</i>	<i>bicalutamide</i>.....16	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>neomycin-hc ophth oint</i>	BICILLIN L-A.....15	<i>naloxone hcl sl film 12-3</i>
<i>1%</i>.....55	BIKTARVY TAB .....12	<i>mg (base equiv)</i> .....38
<i>baclofen</i> .....38	<i>bisoprolol &</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
<i>balsalazide disodium</i> .....48	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>naloxone hcl sl film 2-0.5</i>
BALVERSA.....17	<i>10-6.25 mg</i>.....24	<i>mg (base equiv)</i> .....38
<i>balziva</i> .....42	<i>bisoprolol &</i>	<i>buprenorphine hcl-</i>
BANZEL.....28	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>naloxone hcl sl film 4-1</i>
BARACLUDE.....12	<i>2.5-6.25 mg</i>.....24	<i>mg (base equiv)</i> .....38
BASAGLAR KWIKPEN...41		
BCG VACCINE INJ.....53		

<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl film 8-2</i> <i>mg (base equiv) .....38</i>	<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-25 mg .....20</i>	<i>carboplatin .....15</i>
<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i> <i>mg (base equiv) .....38</i>	<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-15 mg .....20</i>	<i>carteolol hcl (ophth) .....56</i>
<i>buprenorphine hcl-</i> <i>naloxone hcl sl tab 8-2</i> <i>mg (base equiv) .....38</i>	<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>50-25 mg .....20</i>	<i>cartia xt .....25</i>
<i>bupropion hcl .....31</i>	<i>CARBAGLU .....45</i>	<i>carvedilol.....25</i>
<i>bupropion hcl (smoking</i> <i>deterrent) .....38</i>	<i>carbamazepine .....28</i>	<i>casprofungin acetate.....10</i>
<i>buspirone hcl .....27</i>	<i>carbidopa .....32</i>	<i>CAYSTON .....9</i>
<i>butorphanol tartrate .....8</i>	<i>carbidopa & levodopa orally</i> <i>disintegrating tab 10-100</i> <i>mg .....32</i>	<i>caziant .....42</i>
<i>BYDUREON BCISE.....39</i>	<i>carbidopa & levodopa orally</i> <i>disintegrating tab 25-100</i> <i>mg .....32</i>	<i>cefaclor .....13</i>
<i>BYDUREON PEN.....39</i>	<i>carbidopa & levodopa orally</i> <i>disintegrating tab 25-250</i> <i>mg .....32</i>	<i>CEFACLOR ER .....13</i>
<i>BYETTA.....39</i>	<i>carbidopa & levodopa tab</i> <i>10-100 mg .....32</i>	<i>cefadroxil .....13</i>
<i>BYSTOLIC .....25</i>	<i>carbidopa & levodopa tab</i> <i>25-100 mg .....32</i>	<i>CEFAZOLIN INJ</i> <i>1GM/50ML .....13</i>
C	<i>carbidopa & levodopa tab</i> <i>25-250 mg .....32</i>	<i>cefazolin sodium .....13</i>
<i>cabergoline .....45</i>	<i>carbidopa & levodopa tab</i> <i>25-250 mg .....32</i>	<i>CEFAZOLIN SOLN</i> <i>2GM/100ML-4% .....13</i>
<i>CABOMETYX .....17</i>	<i>carbidopa & levodopa tab</i> <i>er 25-100 mg .....32</i>	<i>cefdinir .....13</i>
<i>calcipotriene .....61</i>	<i>carbidopa & levodopa tab</i> <i>er 50-200 mg .....32</i>	<i>cefepime hcl.....13</i>
<i>calcipotriene-</i> <i>betamethasone</i> <i>dipropionate susp 0.005-</i> <i>0.064% .....61</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 12.5-</i> <i>50-200 mg .....32</i>	<i>cefixime .....13</i>
<i>calcitonin (salmon).....42</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 18.75-</i> <i>75-200 mg .....32</i>	<i>cefoxitin sodium .....13</i>
<i>calcitrene .....61</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 25-100-</i> <i>200 mg .....32</i>	<i>cefpodoxime proxetil.....13</i>
<i>calcitriol.....47</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 31.25-</i> <i>125-200 mg .....32</i>	<i>cefprozil .....13</i>
<i>calcium acetate (phosphate</i> <i>binder) .....46</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 37.5-</i> <i>150-200 mg .....32</i>	<i>ceftazidime.....13</i>
<i>CALQUENCE .....17</i>	<i>carbidopa-levodopa-</i> <i>entacapone tabs 50-200-</i> <i>200 mg .....32</i>	<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i> <i>1GM .....13</i>
<i>camila .....42</i>		<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i> <i>2GM .....13</i>
<i>candesartan cilexetil .....23</i>		<i>ceftriaxone sodium.....13</i>
<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>16-12.5 mg .....21</i>		<i>cefuroxime axetil.....13</i>
<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>32-12.5 mg .....21</i>		<i>cefuroxime sodium.....13</i>
<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>32-25 mg .....21</i>		<i>celecoxib.....7</i>
<i>CAPLYTA .....33</i>		<i>CELONTIN.....28</i>
<i>CAPRELSA .....17</i>		<i>cephalexin.....13</i>
<i>captopril .....20</i>		<i>CERDELGA .....45</i>
<i>captopril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> <i>25-15 mg .....20</i>		<i>CEREZYME.....45</i>
		<i>cetirizine hcl.....57</i>
		<i>cevimeline hcl .....63</i>
		<i>CHANTIX .....38</i>
		<i>CHANTIX CONTINUING</i> <i>MONTH .....38</i>
		<i>CHANTIX PAK 0.5& 1MG</i> <i>.....38</i>
		<i>chateal .....42</i>
		<i>CHEMET.....42</i>
		<i>chlorhexidine gluconate</i> <i>(mouth-throat) .....63</i>
		<i>chloroquine phosphate ...11</i>
		<i>chlorpromazine hcl.....33</i>
		<i>chlorthalidone .....26</i>
		<i>cholestyramine.....24</i>

<i>cholestyramine light</i>	24	CLINIMIX INJ 6/5.....	55	CRIXIVAN.....	11
<i>choline fenofibrate</i>	23	CLINIMIX INJ 8/10.....	55	<i>cromolyn sodium</i>	58
<i>ciclopirox olamine</i>	60	CLINIMIX INJ 8/14.....	55	<i>cromolyn sodium</i> <i>(mastocytosis)</i>	48
<i>cilostazol</i>	51	<i>clinisol sf 15%</i>	55	<i>cromolyn sodium (ophth)</i>	56
CILOXAN	55	CLINOLIPID EMU 20%...	55	<i>cryselle-28</i>	42
CIMDUO TAB 300-300...	12	<i>clobazam</i>	28	<i>cyanocobalamin</i>	57
<i>cinacalcet hcl</i>	45	<i>clobetasol propionate</i>	61	<i>cyclafem 1/35</i>	42
CIPRO	14	<i>clobetasol propionate e</i> ...	61	<i>cyclafem 7/7/7</i>	42
CIPRO HC SUS OTIC ...	63	<i>clomipramine hcl</i>	31	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	38
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i> <i>in d5w</i>	14	<i>clonazepam</i>	28	<i>cyclophosphamide</i>	15
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i> <i>in d5w</i>	14	<i>clonidine</i>	26	CYCLOPHOSPHAMIDE .15	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	14	<i>clonidine hcl</i>	26	<i>cycloserine</i>	12
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	55	<i>clopidogrel bisulfate</i>	51	<i>cyclosporine</i>	53
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic susp</i> <i>0.3-0.1%</i>	63	<i>clorazepate dipotassium</i> .28		<i>cyclosporine modified (for</i> <i>microemulsion)</i>	53
<i>cisplatin</i>	15	<i>clotrimazole</i>	63	<i>cyproheptadine hcl</i>	57
<i>citalopram hydrobromide</i>	31	<i>clotrimazole (topical)</i>	60	<i>cyred eq</i>	42
<i>claravis</i>	60	<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone cream 1-</i> <i>0.05%</i>	60	CYSTADANE POW	45
<i>clarithromycin</i>	14	<i>clovique</i>	42	CYSTADROPS	56
<i>clindamycin hcl</i>	9	<i>clozapine</i>	33	CYSTAGON.....	45
<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i>	9	COARTEM TAB 20-120MG	11	CYSTARAN	56
<i>clindamycin phosphate</i>	9	<i>colchicine</i>	7	<i>cytarabine</i>	16
<i>clindamycin phosphate</i> <i>(topical)</i>	60	<i>colchicine w/ probenecid</i> <i>tab 0.5-500 mg</i>	7	D	
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	9	<i>colesevelam hcl</i>	24	D10W/NACL INJ 0.2%....	54
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	9	<i>colestipol hcl</i>	24	D5W/LYTES INJ #48	54
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	9	<i>colistimethate sodium</i>	9	D5W/NACL INJ 0.3%....	54
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i>	50	COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	56	<i>dalfampridine</i>	37
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	9	COMBIVENT AER 20-100	57	DALIRESP	58
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	9	COMETRIQ (60MG DOSE)	17	<i>danazol</i>	44
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	9	COMETRIQ KIT 100MG .17		<i>dantrolene sodium</i>	38
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..	55	COMETRIQ KIT 140MG .17		<i>dapsone</i>	9
CLINIMIX INJ 4.25/D5W .55		COMPLERA TAB.....	12	DAPTACEL INJ	53
CLINIMIX INJ 5%/D15W .55		<i>compro</i>	47	<i>daptomycin</i>	9
CLINIMIX INJ 5%/D20W .55		<i>constulose</i>	48	DAPTOMYCIN	9
		COPIKTRA	17	<i>darifenacin hydrobromide</i>	49
		CORLANOR	26	<i>dasetta 1/35</i>	42
		<i>cortisone acetate</i>	45	<i>dasetta 7/7/7</i>	42
		COTELLIC	17	DAURISMO	17
		CREON CAP 12000UNT	49	<i>deblitane</i>	42
		CREON CAP 24000UNT	49	<i>deferasirox</i>	42
		CREON CAP 3000UNIT .49		DELESTROGEN.....	44
		CREON CAP 36000UNT	49	DELSTRIGO TAB	12
		CREON CAP 6000UNIT .49		DESCOVY TAB 200/25MG	12
				<i>desipramine hcl</i>	31
				<i>desloratadine</i>	57
				<i>desmopressin acetate</i>	45

<i>desmopressin acetate</i>	<i>dicyclomine hcl</i>	<i>doxycycline hyclate</i>
<i>spray</i>	DIFICID	DRIZALMA SPRINKLE ...
<i>desmopressin acetate</i>	<i>diflunisal</i>	<i>dronabinol</i>
<i>spray refrigerated</i>	<i>digitek</i>	<i>drospirenone-ethinyl</i>
<i>desogest-eth estrad & eth</i>	<i>digox</i>	<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>
<i>estrad tab 0.15-0.02/0.01</i>	<i>digoxin</i>	<i>drospirenone-ethinyl</i>
<i>mg(21/5)</i>	<i>dihydroergotamine</i>	<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>
<i>desvenlafaxine succinate</i>	<i>mesylate</i>	DROXIA
<i>dexamethasone</i>	DILANTIN	<i>droxidopa</i>
DEXAMETHASONE	DILANTIN INFATABS	<i>duloxetine hcl</i>
INTENSOL	DILANTIN-125	DUREZOL
<i>dexamethasone sodium</i>	<i>diltiazem hcl</i>	<i>dutasteride</i>
<i>phosphate</i>	<i>diltiazem hcl coated beads</i>	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>
<i>dexamethasone sodium</i>	.....	<i>cap 0.5-0.4 mg</i>
<i>phosphate (ophth)</i>	<i>diltiazem hcl extended</i>	E
DEXILANT	<i>release beads</i>	<i>ec-naproxen</i>
<i>dexmethylphenidate hcl</i> ..	<i>dilt-xr</i>	EDARBI
<i>dextrose</i>	DIP/TET PED INJ 25-5LFU	EDARBYCLOR TAB 40-
<i>dextrose 10% w/ sodium</i>	.....	12.5
<i>chloride 0.45%</i>	<i>diphenhydramine hcl</i>	EDARBYCLOR TAB 40-
<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	25MG
<i>chloride 0.45%</i>	<i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i> ...	EDURANT
<i>dextrose 5% in lactated</i>	<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	<i>efavirenz</i>
<i>ringers</i>	<i>tab 2.5-0.025 mg</i>	<i>efavirenz-emtricitabine-</i>
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>dipyridamole</i>	<i>tenofovir df tab 600-200-</i>
<i>chloride 0.2%</i>	<i>disopyramide phosphate</i> ..	300 mg
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>disulfiram</i>	<i>efavirenz-lamivudine-</i>
<i>chloride 0.45%</i>	<i>divalproex sodium</i>	<i>tenofovir df tab 400-300-</i>
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	<i>docetaxel</i>	300 mg
<i>chloride 0.9%</i>	DOCETAXEL	<i>efavirenz-lamivudine-</i>
DIACOMIT	<i>dofetilide</i>	<i>tenofovir df tab 600-300-</i>
<i>diazepam</i>	<i>donepezil hydrochloride</i> ..	300 mg
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	DOPTelet	<i>elinest</i>
.....	<i>dorzolamide hcl</i>	ELIQUIS
<i>diazepam inj</i>	<i>dorzolamide hcl-timolol</i>	ELIQUIS STARTER PACK
<i>diazoxide</i>	<i>maleate ophth soln 22.3-</i>	.....
<i>diclofenac potassium</i>	6.8 mg/ml	ELLA
<i>diclofenac sodium</i>	<i>dotti</i>	<i>eluryng</i>
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	DOVATO TAB 50-300MG	EMCYT
.....	.....	EMEND
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	<i>doxazosin mesylate</i>	<i>emoquette</i>
.....	<i>doxepin hcl</i>	EMSAM
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	<i>doxepin hcl (sleep)</i>	<i>emtricitabine</i>
<i>tab delayed release 50-</i>	<i>doxercalciferol</i>	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
<i>0.2 mg</i>	<i>doxorubicin hcl</i>	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> ..	100-150 mg
<i>tab delayed release 75-</i>	<i>doxy 100</i>	<i>emtricitabine-tenofovir</i>
<i>0.2 mg</i>	<i>doxycycline (monohydrate)</i>	<i>disoproxil fumarate tab</i>
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	.....	133-200 mg

<i>emtricitabine-tenofovir</i>	<i>ergotamine w/ caffeine tab</i>	<i>ezetimibe</i>
<i>disoproxil fumarate tab</i>	1-100 mg	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
167-250 mg	ERIVEDGE	10-10 mg
<i>emtricitabine-tenofovir</i>	ERLEADA	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
<i>disoproxil fumarate tab</i>	<i>erlotinib hcl</i>	10-20 mg
200-300 mg	<i>errin</i>	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
EMTRIVA	<i>ertapenem sodium</i>	10-40 mg
EMVERM	<i>ery</i>	<i>ezetimibe-simvastatin tab</i>
<i>enalapril maleate</i>	<i>ery-tab</i>	10-80 mg
<i>enalapril maleate &</i>	ERYTHROCIN	F
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LACTOBIONATE	FABRAZYME
10-25 mg	<i>erythrocin stearate</i>	<i>falmina</i>
<i>enalapril maleate &</i>	<i>erythromycin (acne aid)</i> ..	<i>famciclovir</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>erythromycin (ophth)</i>	<i>famotidine</i>
5-12.5 mg	<i>erythromycin base</i>	<i>famotidine in nacl 0.9% iv</i>
ENBREL	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	<i>soln 20 mg/50ml</i>
ENBREL MINI .....	.....	FANAPT
ENBREL SURECLICK ..	ESBRIET	FANAPT PAK
ENDARI	<i>escitalopram oxalate</i>	FARXIGA
<i>endocet tab 10-325mg</i>	<i>esomeprazole magnesium</i>	FARYDAK
<i>endocet tab 2.5-325mg</i> .....	.....	FASENRA
<i>endocet tab 5-325mg</i>	<i>estarylla</i>	FASENRA PEN
<i>endocet tab 7.5-325mg</i>	<i>estradiol</i>	<i>felbamate</i>
ENGERIX-B	<i>estradiol & norethindrone</i>	<i>felodipine</i>
<i>enoxaparin sodium</i>	<i>acetate tab 0.5-0.1 mg</i> ..	<i>femynor</i>
<i>enpresse-28</i>	<i>estradiol & norethindrone</i>	<i>fenofibrate</i>
<i>enskyce</i>	<i>acetate tab 1-0.5 mg</i> ...	<i>fenofibrate micronized</i>
ENSTILAR AER	<i>estradiol vaginal</i>	<i>fentanyl</i>
<i>entacapone</i>	<i>estradiol valerate</i>	<i>fentanyl citrate</i>
<i>entecavir</i>	<i>ethambutol hcl</i>	FETZIMA
ENTRESTO TAB 24-26MG	<i>ethosuximide</i>	FETZIMA CAP TITRATIO
.....	<i>ethynodiol diacetate &</i>	.....
ENTRESTO TAB 49-51MG	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	FIASP FLEX INJ TOUCH41
.....	<i>mg-35 mcg</i>	FIASP INJ 100/ML
ENTRESTO TAB 97-	<i>ethynodiol diacetate &</i>	FIASP PENFIL INJ U-100
103MG	<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	.....
<i>enulose</i>	<i>mg-50 mcg</i>	FINACEA
EPCLUSA TAB 200-50MG	<i>etodolac</i>	<i>finasteride</i>
.....	<i>etonogestrel-ethinyl</i>	FINTEPLA
EPCLUSA TAB 400-100.12	<i>estradiol va ring 0.120-</i>	<i>flac</i>
EPIDIOLEX	0.015 mg/24hr	FLAREX
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	<i>etoposide</i>	FLEBOGAMMA DIF
.....	<i>euthyrox</i>	<i>flecainide acetate</i>
<i>epirubicin hcl</i>	<i>everolimus</i>	FLOVENT DISKUS
<i>epitol</i>	<i>everolimus</i>	FLOVENT HFA
EPIVIR HBV	(<i>immunosuppressant</i>) .53	<i>fluconazole</i>
<i>eplerenone</i>	EVOTAZ TAB 300-150 ...	<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>
<i>ergocalciferol</i>	<i>exemestane</i>	200 mg/100ml
	EZALLOR SPRINKLE	

<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml .....10	<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>.....45	GILENYA .....37
<i>flucytosine</i>.....10	<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>....45	GILOTRIF .....17
<i>fludrocortisone acetate</i> ...45	FYCOMPA .....29	<i>glatiramer acetate</i> .....38
<i>flunisolide (nasal)</i>.....59	G	<i>glatopa</i>.....38
<i>fluocinolone acetonide</i> ....61	<i>gabapentin</i> .....29	<i>glimepiride</i> .....39
<i>fluocinolone acetonide</i> (otic) .....63	<i>galantamine hydrobromide</i>.....30	<i>glipizide</i>.....39
<i>fluocinonide</i> .....61	GAMASTAN INJ .....52	<i>glipizide xl</i> .....39
<i>fluocinonide emulsified</i> base .....61	GAMMAGARD LIQUID ...52	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-250 mg .....39
<i>fluorometholone (ophth)</i> ..56	GAMMAGARD S/D IGA LESS TH .....52	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 2.5-500 mg .....39
<i>fluorouracil</i> .....16	GAMMAKED .....52	<i>glipizide-metformin hcl tab</i> 5-500 mg .....39
<i>fluorouracil (topical)</i> .....62	GAMMAPLEX .....52	<i>glycopyrrolate</i> .....47
<i>fluoxetine hcl</i>.....31	GAMUNEX-C .....52	<i>glydo</i> .....62
<i>fluphenazine decanoate</i> ..33	<i>ganciclovir sodium</i> .....12	GLYXAMBI TAB 10-5 MG.....39
<i>fluphenazine hcl</i>.....33	GARDASIL 9 INJ .....53	GLYXAMBI TAB 25-5 MG.....39
<i>flurbiprofen</i>.....7	<i>gatifloxacin (ophth)</i> .....55	GOLYTELY SOL.....48
<i>flurbiprofen sodium</i> .....56	GATTEX .....48	GRALISE .....37
<i>flutamide</i> .....16	GAUZE PADS 2.....41	<i>granisetron hcl</i> .....47
<i>fluticasone propionate</i>....61	<i>gavilyte-c</i> .....48	<i>griseofulvin microsize</i> ....10
<i>fluticasone propionate</i> (nasal) .....59	<i>gavilyte-g</i> .....48	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>.....10
<i>fluvastatin sodium</i> .....24	<i>gavilyte-n/flavor pack</i> .....48	<i>guanfacine hcl</i>.....27
<i>fluvoxamine maleate</i> .....27	GAVRETO .....17	<i>guanfacine hcl (adhd)</i> .....36
<i>folic acid</i>.....57	<i>gemcitabine hcl</i>.....16	GVOKE HYOPEN 2- PACK .....45
<i>fondaparinux sodium</i> .....50	<i>gemfibrozil</i> .....23	GVOKE PFS .....45
FORTEO .....42	<i>generlac</i> .....48	H
FOSAMAX + D TAB 70- 2800 .....42	<i>gengraf</i> .....53	HAEGARDA.....51
FOSAMAX + D TAB 70- 5600 .....42	GENOTROPIN.....46	<i>hailey 1.5/30</i> .....43
<i>fosamprenavir calcium</i> ....11	GENOTROPIN MINIQUICK.....46	<i>halobetasol propionate</i> ..62
<i>fosinopril sodium</i>.....20	<i>gentak</i> .....55	<i>haloperidol</i> .....33
<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 10-12.5 mg .....20	<i>gentamicin in saline inj 0.8</i> mg/ml .....9	<i>haloperidol decanoate</i> ....34
<i>fosinopril sodium &</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 20-12.5 mg .....20	<i>gentamicin in saline inj 1</i> mg/ml .....9	<i>haloperidol lactate</i>.....34
FRAGMIN .....50	<i>gentamicin in saline inj 1.2</i> mg/ml .....9	HARVONI PAK 33.75- 150MG .....13
FREAMINE HBC INJ 6.9% .....55	<i>gentamicin in saline inj 1.6</i> mg/ml .....9	HARVONI PAK 45-200MG.....13
FREAMINE III INJ 10%...55	<i>gentamicin in saline inj 2</i> mg/ml .....9	HARVONI TAB 45-200MG.....13
<i>frovatriptan succinate</i>.....37	<i>gentamicin sulfate</i> .....9	HARVONI TAB 90-400MG.....13
<i>fulvestrant</i> .....16	<i>gentamicin sulfate (ophth)</i> .....55	HAVRIX .....53
<i>furosemide</i> .....26	<i>gentamicin sulfate (topical)</i> .....60	<i>heather</i> .....43
<i>furosemide inj</i> .....26	GENVOYA TAB .....12	HEP SOD/NAACL INJ 25000UNT .....50
FUZEON .....11	<i>gianvi</i> .....43	

<i>heparin sodium (porcine)</i> 50	<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	INSULIN SYRINGES:
<i>heparin sodium (porcine)</i>	7.5-200 mg .....8	BD/ULTIMED/ALLISON/
100 unit/ml in d5w .....50	<i>hydrocortisone</i> .....45	TRIVIDIA/MHC .....41
<i>heparin sodium (porcine)-</i>	<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	INTELENCE.....11
<i>dextrose iv sol 20000</i>	48	INTRALIPID .....55
<i>unit/500ml-5%</i> .....50	<i>hydrocortisone (rectal)</i> ....62	INTRON A.....52
<i>heparin sodium (porcine)-</i>	<i>hydrocortisone (topical)</i> ..62	<i>introvale</i> .....43
<i>dextrose iv sol 25000</i>	<i>hydromorphone hcl</i> .....8	INVEGA SUSTENNA.....34
<i>unit/500ml-5%</i> .....50	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	INVEGA TRINZA .....34
HEPARIN/NACL INJ	52	INVIRASE .....11
25000UNT .....50	<i>hydroxyurea</i> .....16	IPOL INJ INACTIVE.....53
<i>hepatamine</i> .....55	<i>hydroxyzine hcl</i>.....57	<i>ipratropium bromide</i> .....57
HERCEP HYLEC SOL 60-	<i>hydroxyzine pamoate</i>.....57	<i>ipratropium bromide (nasal)</i>
10000 .....17	HYSINGLA ER.....7	57
HERCEPTIN .....17	I	<i>ipratropium-albuterol nebu</i>
HERZUMA .....17	<i>ibandronate sodium</i> .....42	<i>soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i> 57
HETLIOZ .....36	IBRANCE .....18	<i>irbesartan</i>.....23
HIBERIX .....53	<i>ibu</i> .....7	<i>irbesartan-</i>
HUMIRA .....51	<i>ibuprofen</i>.....7	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
HUMIRA PEDIA INJ	<i>icatibant acetate</i>.....51	150-12.5 mg .....22
CROHNS .....51	<i>iclevia</i>.....43	<i>irbesartan-</i>
HUMIRA PEDIATRIC	ICLUSIG .....18	<i>hydrochlorothiazide tab</i>
CROHNS D .....51	IDHIFA .....18	300-12.5 mg .....22
HUMIRA PEN .....51	ILEVRO .....56	IRESSA .....18
HUMIRA PEN KIT PS/UV	<i>imatinib mesylate</i> .....18	<i>irinotecan hcl</i>.....16
.....51	IMBRUVICA.....18	ISENTRESS .....11
HUMIRA PEN-CD/UC/HS	<i>imipenem-cilastatin</i>	ISENTRESS HD .....11
START .....52	<i>intravenous for soln 250</i>	<i>isibloom</i> .....43
HUMIRA PEN-PS/UV	<i>mg</i> .....9	ISOLYTE-P INJ /D5W.....54
STARTER .....52	<i>imipenem-cilastatin</i>	ISOLYTE-S INJ.....54
HUMULIN R U-500	<i>intravenous for soln 500</i>	<i>isoniazid</i>.....12
(CONCENTR.....41	<i>mg</i> .....9	<i>isosorbide dinitrate</i>.....27
HUMULIN R U-500	<i>imipramine hcl</i>.....31	<i>isosorbide mononitrate</i> ...27
KWIKPEN .....41	<i>imiquimod</i> .....62	<i>isotretinoin</i> .....60
<i>hydralazine hcl</i>.....27	IMOVAX RABIES	<i>isradipine</i> .....25
<i>hydrochlorothiazide</i>.....26	(H.D.C.V.).....53	<i>itraconazole</i> .....10
<i>hydrocodone bitartrate</i>.....7	<i>incassia</i>.....43	<i>ivermectin</i> .....9
<i>hydrocodone-</i>	INCRELEX.....46	IXIARO INJ .....53
<i>acetaminophen soln 7.5-</i>	INCRUSE ELLIPTA .....57	J
<i>325 mg/15ml</i> .....8	<i>indapamide</i> .....26	JAKAFI .....18
<i>hydrocodone-</i>	INFANRIX INJ.....53	<i>jantoven</i> .....50
<i>acetaminophen tab 10-</i>	INGREZZA .....37	JANUMET TAB 50-1000.39
<i>325 mg</i> .....8	INGREZZA CAP 40-80MG	JANUMET TAB 50-500MG
<i>hydrocodone-</i>	37	39
<i>acetaminophen tab 5-325</i>	INLYTA .....18	JANUMET XR TAB 100-
<i>mg</i> .....8	INQOVI TAB 35-100MG .16	1000 .....39
<i>hydrocodone-</i>	INREBIC .....18	JANUMET XR TAB 50-
<i>acetaminophen tab 7.5-</i>	INSULIN SAFETY	1000 .....39
<i>325 mg</i> .....8	NEEDLES .....41	

JANUMET XR TAB 50-500MG	39	<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	<i>lansoprazole</i>	49
JANUVIA	39	<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	<i>lapatinib ditosylate</i>	18
JARDIANCE	39	KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	54	<i>larin 1.5/30</i>	43
<i>jasmiel</i>	43	KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	54	<i>larin 1/20</i>	43
JENTADUETO TAB 2.5-1000	39	<i>kelnor 1/35</i>	43	<i>larin fe 1.5/30</i>	43
JENTADUETO TAB 2.5-500	39	<i>kelnor 1/50</i>	43	<i>larin fe 1/20</i>	43
JENTADUETO TAB 2.5-850	39	<i>ketoconazole</i>	10	<i>larissia</i>	43
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	39	<i>ketoconazole (topical)</i>	60, 61	LASTACAST	56
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	39	<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	56	<i>latanoprost</i>	56
<i>jinteli</i>	45	KEYTRUDA	18	LATUDA	34
<i>jolessa</i>	43	KINRIX INJ	53	<i>leena</i>	43
<i>juleber</i>	43	KISQALI	18	<i>leflunomide</i>	52
JULUCA TAB 50-25MG ..	12	KISQALI 200 PAK FEMARA	16	LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	18
<i>junel 1.5/30</i>	43	KISQALI 400 PAK FEMARA	16	LENVIMA 12MG DAILY DOSE	18
<i>junel 1/20</i>	43	KISQALI 600 PAK FEMARA	16	LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	18
<i>junel fe 1.5/30</i>	43	<i>klor-con</i>	54	LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	18
<i>junel fe 1/20</i>	43	<i>klor-con 10</i>	54	LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	18
JUXTAPID	24	<i>klor-con 8</i>	54	LENVIMA CAP 14 MG	18
K		<i>klor-con m10</i>	54	LENVIMA CAP 18 MG	18
KADCYLA	18	<i>klor-con m15</i>	54	LENVIMA CAP 24 MG	18
KALETRA TAB 100-25MG	12	<i>klor-con m20</i>	54	<i>lessina</i>	43
KALETRA TAB 200-50MG	12	KORLYM	46	<i>letrozole</i>	16
KALYDECO	58, 59	KRISTALOSE	48	<i>leucovorin calcium</i>	20
KANJINTI	18	<i>kurvelo</i>	43	LEUKERAN	15
<i>kariva</i>	43	KYNMOBI	32	<i>leuprolide acetate</i>	16
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	L		<i>levalbuterol hcl</i>	58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	54	<i>labetalol hcl</i>	25	<i>levalbuterol tartrate</i>	58
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	54	<i>lactated ringer's solution</i> ..	54	LEVEMIR	41
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	54	<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	62	LEVEMIR FLEXTOUCH ..	41
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	54	<i>lactulose</i>	48	<i>levetiracetam</i>	29
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	54	<i>lactulose (encephalopathy)</i> ..	48	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	29
		<i>lamivudine</i>	11	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	29
		<i>lamivudine (hbv)</i>	13	<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	29
		<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	12	<i>levobunolol hcl</i>	56
		<i>lamotrigine</i>	29	<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>	46
				<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	57

<i>levofloxacin</i>.....14	<i>lisinopril &</i>	LYNPARZA.....18
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LYRICA CR.....37
250 mg/50ml .....14	20-25 mg .....20	LYSODREN.....16
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	LITHIUM .....37	<i>lyza</i> .....43
500 mg/100ml .....14	<i>lithium carbonate</i> .....37	M
<i>levofloxacin in d5w iv soln</i>	LIVALO .....24	<i>magnesium sulfate</i>.....54
750 mg/150ml .....14	<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....43	MAGNESIUM SULFATE 54
<i>levonest</i> .....43	<i>loestrin 1/20-21</i>.....43	<i>magnesium sulfate in</i>
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	<i>loestrin fe 1.5/30</i>.....43	<i>dextrose 5% iv soln 1</i>
<i>estradiol (91-day) tab</i>	<i>loestrin fe 1/20</i>.....43	<i>gm/100ml</i> .....54
0.15-0.03 mg .....43	LOKELMA.....42	<i>malathion</i> .....63
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	LONSURF TAB 15-6.14 .16	<i>maprotiline hcl</i>.....31
<i>estradiol tab 0.1 mg-20</i>	LONSURF TAB 20-8.19 .16	<i>marlissa</i> .....43
<i>mcg</i> .....43	<i>loperamide hcl</i> .....48	MARPLAN .....31
<i>levonorgestrel & ethinyl</i>	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-</i>	MATULANE .....16
<i>estradiol tab 0.15 mg-30</i>	<i>100 mg/5ml (80-20</i>	<i>matzim la</i> .....25
<i>mcg</i> .....43	<i>mg/ml)</i> .....12	MAVYRET TAB 100-40MG
<i>levonorgestrel-eth estra tab</i>	<i>lopreeza</i>.....45	13
0.05-30/0.075-40/0.125-	<i>lorazepam</i>.....27, 28	<i>meclizine hcl</i> .....47
30mg-mcg .....43	<i>lorazepam intensol</i>.....28	<i>medroxyprogesterone</i>
<i>levora 0.15/30-28</i>.....43	LORBRENA.....18	<i>acetate</i> .....46
<i>levo-t</i>.....46	<i>loryna</i>.....43	<i>medroxyprogesterone</i>
<i>levothyroxine sodium</i> .....47	<i>losartan potassium</i>.....23	<i>acetate (contraceptive)</i> 43
<i>levoxyl</i>.....47	<i>losartan potassium &</i>	<i>mefloquine hcl</i>.....11
LEXIVA .....11	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>megestrol acetate</i> ....16, 46
<i>lidocaine</i> .....62	100-12.5 mg .....22	<i>megestrol acetate</i>
<i>lidocaine hcl</i>.....62	<i>losartan potassium &</i>	<i>(appetite)</i> .....46
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MEKINIST.....18
.....9	100-25 mg .....22	MEKTOVI.....18
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>	<i>losartan potassium &</i>	<i>meloxicam</i>.....7
.....63	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>memantine hcl</i> .....30
<i>lidocaine-prilocaine cream</i>	50-12.5 mg .....22	MENACTRA INJ .....53
2.5-2.5%.....62	LOTEMAX .....56	MENQUADFI INJ.....53
<i>lillow</i>.....43	<i>lovastatin</i> .....24	MENVEO INJ.....53
<i>linezolid</i>.....9	<i>low-ogestrel</i> .....43	<i>mercaptopurine</i>.....16
<i>linezolid in sodium chloride</i>	<i>loxapine succinate</i> .....34	<i>meropenem</i>.....9
<i>iv soln 600 mg/300ml-</i>	LUMIGAN .....56	<i>mesalamine</i> .....48
0.9%.....9	LUMIZYME .....46	<i>mesalamine w/ cleanser</i> .48
LINZESS.....48	LUPRON DEPOT (1-	MESNEX.....20
<i>lithyronine sodium</i>.....47	MONTH).....16	<i>metadate er</i>.....36
<i>lisinopril</i>.....21	LUPRON DEPOT (3-	<i>metformin hcl</i> .....40
<i>lisinopril &</i>	MONTH).....16	<i>methadone hcl</i> .....7
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	LUPRON DEPOT-PED (1-	<i>methadone hcl intensol</i> ....7
10-12.5 mg .....20	MONTH.....46	<i>methazolamide</i> .....26
<i>lisinopril &</i>	LUPRON DEPOT-PED (3-	<i>methenamine hippurate</i> ....9
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MONTH.....46	<i>methimazole</i> .....47
20-12.5 mg .....20	<i>lutea</i>.....43	<i>methotrexate sodium</i> 16, 52
	<i>lyleq</i> .....43	<i>methyl dopa</i> .....27
	<i>lyllana</i> .....45	<i>methyphenidate hcl</i>.....36

<i>methylprednisolone</i>.....45	MONJUVI .....18	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>
<i>methylprednisolone acetate</i>	<i>mono-lynyah</i> .....43	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>
.....45	<i>montelukast sodium</i>.....58	<i>400unt-10000unt op oin</i>
<i>methylprednisolone sod</i>	<i>morphine sulfate</i> .....7, 8	55
<i>succ</i>.....45	MORPHINE SULFATE .....8	<i>neomycin-polymy-gramicid</i>
<i>metoclopramide hcl</i>.....47	MOVANTIK.....48	<i>op sol 1.75-10000-</i>
<i>metolazone</i> .....26	<i>moxifloxacin hcl</i> .....14	<i>0.025mg-unt-mg/ml</i> .....55
<i>metoprolol &</i>	<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i> ..55	<i>neomycin-polymyxin-</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>moxifloxacin hcl 400</i>	<i>dexamethasone ophth</i>
<i>100-25 mg</i>.....24	<i>mg/250ml in sodium</i>	<i>oint 0.1%</i> .....55
<i>metoprolol &</i>	<i>chloride 0.8% inj</i>.....14	<i>neomycin-polymyxin-</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	MOXIFLOXACIN	<i>dexamethasone ophth</i>
<i>100-50 mg</i>.....24	HYDROCHLORID .....14	<i>susp 0.1%</i> .....55
<i>metoprolol &</i>	MULTAQ.....23	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	<i>mupirocin</i> .....60	<i>ophth susp</i>.....55
<i>50-25 mg</i>.....24	MVASI .....18	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>
<i>metoprolol succinate</i>.....25	<i>mycophenolate mofetil</i> ...53	<i>soln 1%</i> .....63
<i>metoprolol tartrate</i>.....25	<i>mycophenolate sodium</i> ...53	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>
<i>metronidazole</i> .....10	<i>myorisan</i> .....60	<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>
<i>metronidazole (topical)</i> ...62	MYRBETRIQ .....49	<i>unit/ml-1%</i> .....63
<i>metronidazole in nacl</i>	N	NEPHRAMINE INJ 5.4% 55
<i>0.79% iv soln 500</i>	<i>nabumetone</i> .....7	NERLYNX.....18
<i>mg/100ml</i> .....10	<i>nadolol</i> .....25	NEUPRO .....33
<i>metronidazole vaginal</i>.....50	<i>nafcillin sodium</i> .....15	<i>nevirapine</i> .....11
<i>metyrosine</i> .....27	NAFCILLIN SODIUM .....15	NEXAVAR.....18
MG SO4/D5W INJ	NAGLAZYME.....46	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>
<i>10MG/ML</i> .....54	<i>nalbuphine hcl</i>.....8	24
<i>micafungin sodium</i>.....10	<i>naloxone hcl</i> .....38	<i>nicardipine hcl</i>.....25
<i>microgestin 1.5/30</i> .....43	<i>naltrexone hcl</i> .....38	NICOTROL INHALER.....38
<i>microgestin 1/20</i> .....43	NAMZARIC CAP 14-10MG	NICOTROL NS .....38
<i>microgestin fe 1.5/30</i> .....43	30	<i>nifedipine</i> .....25
<i>microgestin fe 1/20</i> .....43	NAMZARIC CAP 21-10MG	<i>nikki</i> .....43
<i>midodrine hcl</i> .....27	30	<i>nilutamide</i> .....16
<i>miglustat</i> .....46	NAMZARIC CAP 28-10MG	<i>nimodipine</i> .....25
<i>mili</i> .....43	30	NINLARO.....18
<i>mimvey</i> .....45	NAMZARIC CAP 7-10MG	<i>nisoldipine</i>.....25
<i>minitran</i>.....27	30	<i>nitazoxanide</i>.....10
<i>minocycline hcl</i> .....15	NAMZARIC CAP PACK..30	<i>nitisinone</i> .....46
<i>minoxidil</i>.....27	<i>naproxen</i>.....7	NITRO-BID .....27
<i>mirtazapine</i> .....31	<i>naproxen sodium</i> .....7	NITRO-DUR.....27
<i>misoprostol</i> .....48	<i>naratriptan hcl</i>.....37	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>
MITIGARE .....7	NARCAN .....38	10
M-M-R II INJ .....53	NATACYN .....55	<i>nitrofurantoin monohyd</i>
M-NATAL PLUS TAB.....54	<i>nateglinide</i> .....40	<i>macro</i> .....10
<i>modafinil</i> .....38	NATPARA.....42	<i>nitroglycerin</i> .....27
<i>moexipril hcl</i>.....21	NAYZILAM.....29	<i>nizatidine</i> .....48
<i>molindone hcl</i> .....34	<i>necon 0.5/35-28</i>.....43	<i>nora-be</i> .....43
<i>mometasone furoate</i>.....62	<i>nefazodone hcl</i> .....31	<i>norethindrone</i>
<i>mondoxyne nl</i> .....15	<i>neomycin sulfate</i>.....10	<i>(contraceptive)</i> .....43

<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i>.....43	NUBEQA .....16	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i>.....22
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i>.....43	NUEDEXTA CAP 20-10MG .....37	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i>.....22
<i>norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i>.....43	NULOJIX .....53	<i>olopatadine hcl</i>.....56
<i>norethindrone acetate</i>....46	NULYTELY SOL FLAV PKS.....48	<i>olopatadine hcl (nasal)</i>....57
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i>.....45	NUPLAZID .....34	<i>omeprazole</i> .....49
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i>.....45	NUTRILIPID.....55	OMNARIS.....59
<i>norgestimate & ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i>.....44	nyamyc .....61	OMNIPOD KIT STARTER .....41
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i>.....44	nylia 7/7/7 .....44	OMNIPOD MIS 5 PACK .41
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i>.....44	NYMALIZE.....25	<i>ondansetron</i>.....47
NORITATE .....62	nymyo .....44	<i>ondansetron hcl</i> .....47
<i>norlyroc</i>.....44	<i>nystatin</i> .....10	ONTRUZANT.....18
NORPACE CR.....23	<i>nystatin (mouth-throat)</i>....63	ONUREG .....16
NORTHERA .....27	<i>nystatin (topical)</i>.....61	OPSUMIT .....27
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>.....44	<i>nystop</i> .....61	ORGOVYX.....16
<i>nortrel 1/35 (21)</i>.....44	O	ORKAMBI GRA 100-125 59
<i>nortrel 1/35 (28)</i>.....44	ocella .....44	ORKAMBI GRA 150-188 59
<i>nortrel 7/7/7</i>.....44	OCTAGAM .....52	ORKAMBI TAB 100-125 .59
<i>nortriptyline hcl</i> .....31	octreotide acetate .....46	ORKAMBI TAB 200-125 .59
NORVIR.....11	ODEFSEY TAB.....12	<i>orsythia</i> .....44
NOVOLIN INJ 70/30 .....41	ODOMZO .....18	<i>oseltamivir phosphate</i> .....13
NOVOLIN INJ 70/30 FP..41	OFEV .....59	OSPHENA .....46
NOVOLIN N.....41	<i>ofloxacin (ophth)</i> .....55	<i>oxacillin sodium</i> .....15
NOVOLIN N FLEXPEN...41	<i>ofloxacin (otic)</i>.....63	<i>oxaliplatin</i>.....15
NOVOLIN R.....41	OGIVRI .....18	<i>oxandrolone</i> .....39
NOVOLIN R FLEXPEN...41	OGIVRI INJ 420MG .....18	<i>oxaprozin</i> .....7
NOVOLOG .....41	<i>olanzapine</i> .....34	<i>oxcarbazepine</i> .....29
NOVOLOG FLEXPEN ....41	<i>olmesartan medoxomil</i>....23	<i>oxybutynin chloride</i> .....49
NOVOLOG MIX INJ 70/30 .....41	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....22	<i>oxycodone hcl</i>.....8
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN.....41	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i>.....22	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 10-325 mg</i>.....9
NOVOLOG PENFILL .....41	<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i>.....22	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>.....8
NOXAFIL .....10	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i>.....22	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 5-325 mg</i>.....9
	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i>.....22	<i>oxycodone w/acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>.....9
	<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i>.....22	OXYTROL.....49
		OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....40
		OZEMPIC (1MG/DOSE) .40

P		
<i>pacerone</i>	23	<i>permethrin</i> .....63
<i>paclitaxel</i>	17	<i>perphenazine</i> .....34
<i>paliperidone</i> .....34		PERSERIS .....34
<i>pamidronate disodium</i> ....42		<i>pfizerpen</i>.....15
PAMIDRONATE		<i>phenelzine sulfate</i> .....31
DISODIUM .....42		<i>phenobarbital</i> .....29
<i>pantoprazole sodium</i> .....49		<i>phenobarbital sodium</i> ....29
PANZYGA .....52		PHENYTEK .....29
<i>paraplatin</i>.....15		<i>phenytoin</i> .....29
<i>paricalcitol</i>.....47		<i>phenytoin sodium</i>.....29
<i>paroex</i>.....63		<i>phenytoin sodium extended</i>
<i>paromomycin sulfate</i>.....10		29
<i>paroxetine hcl</i> .....31		PHESGO SOL .....18
PASER .....12		<i>philith</i> .....44
PAXIL .....31		PHOSPHOLINE IODIDE 56
PAZEO .....56		<i>phytonadione</i> .....57
PEDIARIX INJ 0.5ML.....53		PICATO .....62
PEDVAX HIB .....53		PIFELTRO .....11
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-</i>		<i>pilocarpine hcl</i>.....56
<i>nacl-na sulfate for soln</i>		<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....63
236 gm .....48		<i>pimozide</i> .....34
<i>peg 3350-kcl-sod bicarb-</i>		<i>pimtrea</i>.....44
<i>nacl for soln 420 gm</i>....48		<i>pindolol</i> .....25
PEGANONE .....29		<i>pioglitazone hcl</i>.....40
PEGASYS .....13		<i>piperacillin sod-tazobactam</i>
PEMAZYRE.....18		<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>
PEN GK/DEXTR INJ		<i>0.375 gm)</i>.....15
40000/ML .....15		<i>piperacillin sod-tazobactam</i>
PEN GK/DEXTR INJ		<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>
60000/ML .....15		<i>1.5 gm)</i>.....15
PEN NEEDLES:		<i>piperacillin sod-tazobactam</i>
NOVO/BD/ULTIMED/OW		<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>
EN/TRIVIDIA.....41		<i>0.25 gm)</i>.....15
<i>penicillamine</i>.....42		<i>piperacillin sod-tazobactam</i>
<i>penicillin g potassium</i>.....15		<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>
PENICILLIN G PROCAINE		<i>gm)</i>.....15
.....15		<i>piperacillin sod-tazobactam</i>
<i>penicillin g sodium</i> .....15		<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>
<i>penicillin v potassium</i>.....15		<i>4.5 gm)</i>.....15
PENTACEL INJ .....53		PIQRAY 200MG DAILY
<i>pentamidine isethionate inh</i>		DOSE.....18
.....10		PIQRAY 250MG TAB
<i>pentamidine isethionate inj</i>		DOSE.....18
.....10		PIQRAY 300MG DAILY
<i>pentoxifylline</i> .....51		DOSE.....18
PERFOROMIST .....58		<i>pirmella 1/35</i> .....44
<i>perindopril erbumine</i> .....21		<i>piroxicam</i> .....7
<i>perio gard</i> .....63		PLASMA-LYTE INJ -148 54
		PLASMA-LYTE INJ -A ....54
		<i>plenamine</i> .....55
		PLENVU SOL .....48
		PNV FOLIC AC TAB +
		IRON .....54
		<i>podofilox</i> .....62
		<i>polymyxin b-trimethoprim</i>
		<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>
		<i>0.1%</i>.....55
		POMALYST .....16
		<i>portia-28</i> .....44
		<i>posaconazole</i>.....10
		POT CHL/NACL INJ
		20MEQ/L .....54
		POT CHL/NACL INJ
		40MEQ/L .....54
		<i>potassium chloride</i> .....54
		POTASSIUM CHLORIDE
		54
		<i>potassium chloride 20</i>
		<i>meq/l (0.15%) in</i>
		<i>dextrose 5% inj</i>.....54
		<i>potassium chloride</i>
		<i>microencapsulated</i>
		<i>crystals er</i>.....54
		<i>potassium citrate</i>
		<i>(alkalinizer)</i>.....49
		PRADAXA.....50
		PRALUENT.....24
		<i>pramipexole</i>
		<i>dihydrochloride</i>.....33
		<i>prasugrel hcl</i> .....51
		<i>pravastatin sodium</i>.....24
		<i>praziquantel</i> .....10
		<i>prazosin hcl</i>.....21
		<i>prednisolone</i> .....45
		<i>prednisolone acetate</i>
		<i>(ophth)</i>.....56
		PREDNISOLONE SODIUM
		PHOSP.....56
		<i>prednisolone sodium</i>
		<i>phosphate</i> .....45
		<i>prednisone</i> .....45
		PREDNISONE INTENSOL
		45
		<i>pregabalin</i> .....29
		PREMASOL SOL 10% ...55
		PRENATAL TAB 27-1MG
		55
		PRENATAL TAB PLUS ..55

PRENATAL VIT TAB LOW		
IRON	55	
prevalite	24	
previfem	44	
PREZCOBIX TAB 800-150		
.....	12	
PREZISTA	11	
PRIFTIN	12	
PRILOSEC	49	
primaquine phosphate	11	
PRIMAQUINE		
PHOSPHATE	11	
primidone	29	
PRIVIGEN	52	
probenecid	7	
PROCALAMINE INJ 3% ..	55	
prochlorperazine	47	
prochlorperazine edisylate		
.....	47	
prochlorperazine maleate		
.....	47	
PROCRIT	50	
procto-med hc	62	
procto-pak	62	
proctosol hc	62	
proctozone-hc	62	
PROGRAF	53	
PROLASTIN-C	59	
PROLENSA	56	
PROLIA	42	
PROMACTA	51	
promethazine hcl	47	
propafenone hcl	23	
proparacaine hcl	56	
propranolol &		
hydrochlorothiazide tab		
40-25 mg	24	
propranolol &		
hydrochlorothiazide tab		
80-25 mg	24	
propranolol hcl	25	
propylthiouracil	47	
PROQUAD INJ	53	
PROSOL INJ 20%	55	
protriptyline hcl	32	
PULMICORT FLEXHALER		
.....	59	
PULMOZYME	59	
PURIXAN	16	
pyrazinamide	12	
pyridostigmine bromide ..	37	
Q		
QINLOCK	18	
QUADRACEL INJ	53	
quetiapine fumarate	34	
quinapril hcl	21	
quinapril-		
hydrochlorothiazide tab		
10-12.5 mg	20	
quinapril-		
hydrochlorothiazide tab		
20-12.5 mg	20	
quinapril-		
hydrochlorothiazide tab		
20-25 mg	20	
quinidine sulfate	23	
quinine sulfate	11	
R		
RABAVERT INJ	53	
rabeprazole sodium	49	
raloxifene hcl	46	
ramipril	21	
ranolazine	27	
rasagiline mesylate	33	
RAYALDEE	47	
reclipsen	44	
RECOMBIVAX HB	53	
RECTIV	62	
REGRANEX	63	
RELENZA DISKHALER ..	13	
RELISTOR	48	
REMICADE	52	
RENFLEXIS	52	
repaglinide	40	
RESTASIS	56	
RESTASIS MULTIDOSE ..	56	
RETEVMO	19	
REVLIMID	16	
REXULTI	34	
REYATAZ	11	
RHOPRESSA	56	
RIABNI	19	
ribavirin (hepatitis c) ..	13	
rifabutin	12	
rifampin	12	
riluzole	37	
rimantadine hydrochloride		
.....	13	
RINVOQ	52	
risedronate sodium	42	
RISPERDAL CONSTA ...	34	
risperidone	34, 35	
ritonavir	11	
RITUXAN	19	
RITUXAN INJ HYCELA ..	19	
rivastigmine	31	
rivastigmine tartrate	31	
rizatriptan benzoate	37	
ropinirole hydrochloride ..	33	
rosadan	62	
rosuvastatin calcium	24	
ROTARIX SUS	53	
ROTATEQ SOL	53	
roweepra	29	
ROZLYTREK	19	
RUBRACA	19	
rufinamide	29	
RUKOBIA	11	
RUXIENCE	19	
RYBELSUS	40	
RYDAPT	19	
S		
SANCUSO	47	
SANDIMMUNE	53	
SANTYL	63	
sapropterin dihydrochloride		
.....	46	
SAVELLA	37	
SAVELLA MIS TITR PAK		
.....	37	
scopolamine	47	
SECUADO	35	
selegiline hcl	33	
selenium sulfide	61	
SELZENTRY	11	
SEREVENT DISKUS	58	
sertraline hcl	32	
setlakin	44	
sevelamer carbonate	46	
sharobel	44	
SHINGRIX	53	
SIGNIFOR	46	
sildenafil citrate	60	
sildenafil citrate (pulmonary		
hypertension)	27	
silodosin	49	
silver sulfadiazine	60	

SIMBRINZA SUS 1-0.2%	56	SULFADIAZINE	10	SYNRIBO.....	17
simliya.....	44	sulfamethoxazole-		SYNTHROID.....	47
simvastatin.....	24	trimethoprim iv soln 400-		T	
sirolimus	53	80 mg/5ml	10	TABLOID	16
SIRTURO	12	sulfamethoxazole-		TABRECTA.....	19
SIVEXTRO	10	trimethoprim susp 200-40		tacrolimus	53
SKYRIZI.....	52	mg/5ml	10	tacrolimus (topical).....	62
sodium chloride.....	54	sulfamethoxazole-		tadalafil	60
sodium chloride (gu		trimethoprim tab 400-80		TAFINLAR	19
irrigant).....	63	mg.....	10	TAGRISSE	19
sodium fluoride chew; tab;		sulfamethoxazole-		TALTZ.....	52
1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	55	trimethoprim tab 800-160		TALZENNA.....	19
sodium phenylbutyrate....	46	mg.....	10	tamoxifen citrate	16
sodium polystyrene		SULFAMYLON	60	tamsulosin hcl	49
sulfonate powder.....	42	sulfasalazine	48	TARGRETIN	62
solifenacin succinate.....	49	sulindac	7	tarina fe 1/20 eq.....	44
SOLQUA INJ 100/33	41	sumatriptan	37	TASIGNA.....	19
SOLTAMOX.....	16	sumatriptan succinate	37	tazarotene	61
SOLU-CORTEF	45	SUPREP BOWEL SOL		tazicef	13
SOMATULINE DEPOT ...	46	PREP KIT.....	48	TAZORAC.....	61
SOMAVERT	46	SUTENT	19	taztia xt	25
sorine	23	syeda	44	TAZVERIK	19
sotalol hcl.....	23	SYMBICORT AER 160-4.5		TDVAX INJ 2-2 LF	53
sotalol hcl (afib/af).....	23	.....	60	TECENTRIQ	19
spironolactone	21	SYMBICORT AER 80-4.5		TEFLARO	13
spironolactone &		.....	60	telmisartan	23
hydrochlorothiazide tab		SYMDEKO TAB 100-15059		telmisartan-amlodipine tab	
25-25 mg.....	26	SYMDEKO TAB 50-75MG		40-10 mg.....	22
sprintec 28	44	.....	59	telmisartan-amlodipine tab	
SPRITAM.....	29	SYMPAZAN.....	30	40-5 mg.....	22
SPRYCEL.....	19	SYMTUZA TAB.....	12	telmisartan-amlodipine tab	
sps.....	42	SYNAREL.....	44	80-10 mg.....	22
sronyx	44	SYNERCID INJ 500MG ..	10	telmisartan-amlodipine tab	
ssd	60	SYNJARDY TAB 12.5-		80-5 mg.....	22
stavudine	11	1000MG	40	telmisartan-	
STELARA	52	SYNJARDY TAB 12.5-500		hydrochlorothiazide tab	
STIMATE	46	.....	40	40-12.5 mg.....	22
STIVARGA	19	SYNJARDY TAB 5-		telmisartan-	
streptomycin sulfate	10	1000MG	40	hydrochlorothiazide tab	
STRIBILD TAB.....	12	SYNJARDY TAB 5-500MG		80-12.5 mg.....	22
subvenite	30	.....	40	telmisartan-	
sucralfate	48	SYNJARDY XR TAB 10-		hydrochlorothiazide tab	
sulfacetamide sodium		1000	40	80-25 mg.....	22
(acne).....	60	SYNJARDY XR TAB 12.5-		temazepam.....	36
sulfacetamide sodium		1000MG	40	TEMIXYS TAB 300-300 ..	12
(opth).....	55	SYNJARDY XR TAB 25-		TENIVAC INJ 5-2LF	53
sulfacetamide sodium-		1000	40	tenofovir disoproxil	
prednisolone ophth soln		SYNJARDY XR TAB 5-		fumarate	11
10-0.23(0.25)%	55	1000MG	40	TEPMETKO	19

<i>terazosin hcl</i>	21	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...	32	<i>tri-lo-estarylla</i>	44
<i>terbinafine hcl</i>	10	TRAVASOL INJ 10%	55	<i>tri-lo-marzia</i>	44
<i>terbutaline sulfate</i>	58	TRAZIMERA	19	<i>tri-lo-mili</i>	44
<i>terconazole vaginal</i>	50	<i>trazodone hcl</i>	32	<i>tri-lo-sprintec</i>	44
<i>testosterone</i>	39	TRECATOR	12	<i>trilyte</i>	48
<i>testosterone cypionate</i> ...	39	TRELEGY AER ELLIPTA		<i>trimethoprim</i>	10
<i>testosterone enanthate</i> ...	39	100-62.5-25 MCG	57	<i>tri-mili</i>	44
<i>tetrabenazine</i>	37	TRELEGY AER ELLIPTA		<i>trimipramine maleate</i>	32
<i>tetracycline hcl</i>	15	200-62.5-25 MCG	57	TRINTELLIX	32
THALOMID	16	TRELSTAR MIXJECT	16	<i>tri-nymyo</i>	44
THEO-24	59	<i>treprostinil</i>	27	<i>tri-previfem</i>	44
<i>theophylline</i>	59	TRESIBA	41	<i>tri-sprintec</i>	44
<i>thioridazine hcl</i>	35	TRESIBA FLEXTOUCH ..	41	TRIUMEQ TAB	12
<i>thiothixene</i>	35	<i>tretinoin</i>	60	<i>trivora-28</i>	44
<i>tiadylt er</i>	25	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .	17	<i>tri-vylibra</i>	44
<i>tiagabine hcl</i>	30	TREXALL	52	<i>tri-vylibra lo</i>	44
TIBSOVO	19	<i>triamcinolone acetonide</i>		TROGARZO	11
<i>tigecycline</i>	15	(mouth)	63	TROPHAMINE INJ 10% .	55
TIGECYCLINE	15	<i>triamcinolone acetonide</i>		<i>tropium chloride</i>	50
<i>tilia fe</i>	44	(topical)	62	TRULANCE	48
<i>timolol maleate</i>	25	<i>triamterene &</i>		TRULICITY	40
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...	56	<i>hydrochlorothiazide cap</i>		TRUMENBA INJ	53
<i>timolol maleate (ophth)</i>		37.5-25 mg	26	TRUXIMA	19
once-daily	56	<i>triamterene &</i>		TUKYSA	19
TIVICAY	11	<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>tulana</i>	44
TIVICAY PD	11	37.5-25 mg	26	TURALIO	19
<i>tizanidine hcl</i>	38	<i>triamterene &</i>		TWINRIX INJ	53
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%		<i>hydrochlorothiazide tab</i>		TYBOST	11
.....	55	75-50 mg	26	TYMLOS	42
TOBRADEX ST SUS 0.3-		TRICARE TAB PRENATAL		TYPHIM VI	53
0.05	55	.....	55	U	
<i>tobramycin</i>	10	<i>triderm</i>	62	UBRELVY	37
<i>tobramycin (ophth)</i>	56	<i>trientine hcl</i>	42	<i>unithroid</i>	47
<i>tobramycin sulfate</i>	10	<i>tri-estarylla</i>	44	<i>ursodiol</i>	49
<i>tobramycin-dexamethasone</i>		<i>trifluoperazine hcl</i>	35	V	
<i>ophth susp 0.3-0.1%</i> ...	55	<i>trifluridine</i>	56	<i>valacyclovir hcl</i>	13
<i>tolterodine tartrate</i>	49, 50	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	33	VALCHLOR	62
<i>topiramate</i>	30	TRIJARDY XR TAB ER		<i>valganciclovir hcl</i>	13
<i>toposar</i>	17	24HR 10-5-1000MG	40	<i>valproate sodium</i>	30
<i>toremifene citrate</i>	16	TRIJARDY XR TAB ER		<i>valproic acid</i>	30
<i>torse mide</i>	26	24HR 12.5-2.5-1000MG		<i>valsartan</i>	23
TOVIAZ	50	.....	40	<i>valsartan-</i>	
TPN ELECTROL INJ	54	TRIJARDY XR TAB ER		<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
TRADJENTA	40	24HR 25-5-1000MG	40	160-12.5 mg	22
<i>tramadol hcl</i>	9	TRIJARDY XR TAB ER		<i>valsartan-</i>	
<i>tramadol-acetaminophen</i>		24HR 5-2.5-1000MG ...	40	<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>tab 37.5-325 mg</i>	9	TRIKAFTA TAB	59	160-25 mg	22
<i>trandolapril</i>	21	<i>tri-legest fe</i>	44		
<i>tranexamic acid</i>	51	<i>tri-lynyah</i>	44		

<i>valsartan-</i>	VIRACEPT.....11	XOSPATA.....19
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VIREAD .....11	XPOVIO 100 MG ONCE
320-12.5 mg .....23	VITRAKVI .....19	WEEKLY .....19
<i>valsartan-</i>	VIVITROL .....38	XPOVIO 40 MG ONCE
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VIZIMPRO .....19	WEEKLY .....19
320-25 mg .....23	<i>voriconazole</i>.....10	XPOVIO 40 MG TWICE
<i>valsartan-</i>	VOSEVI TAB .....13	WEEKLY .....19
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	VOTRIENT .....19	XPOVIO 60 MG ONCE
80-12.5 mg .....22	VRAYLAR .....35	WEEKLY .....19
VALTOCO .....30	VRAYLAR CAP 1.5-3MG 35	XPOVIO 60 MG TWICE
<i>vancomycin hcl</i> .....10	<i>vyfemla</i> .....44	WEEKLY .....19
VANCOMYCIN INJ 1 GM10	<i>vylibra</i> .....44	XPOVIO 80 MG ONCE
VANCOMYCIN INJ 500MG	VYVANSE.....36	WEEKLY .....19
.....10	VYZULTA .....56	XPOVIO 80 MG TWICE
VANCOMYCIN INJ 750MG	W	WEEKLY .....19
.....10	<i>warfarin sodium</i> .....50	XTANDI .....16
<i>vandazole</i> .....50	<i>water for irrigation, sterile</i>	<i>xulane</i> .....44
VAQTA .....53	<i>irrigation soln</i>.....63	XULTOPHY INJ 100/3.6 .41
VARIVAX .....53	<i>wera</i>.....44	XYREM.....38
VASCEPA.....24	X	Y
VELCADE.....19	XALKORI .....19	YF-VAX INJ .....53
<i>velivet</i> .....44	XARELTO .....50	<i>yuvaferm</i> .....45
VELTASSA .....42	XARELTO STAR TAB	Z
VEMLIDY .....13	15/20MG .....50	<i>zafirlukast</i>.....58
VENCLEXTA .....19	XATMEP .....52	<i>zarah</i>.....44
VENCLEXTA TAB START	XCOPRI.....30	ZARXIO .....50
PK .....19	XCOPRI PAK 12.5-25....30	ZEJULA .....19
<i>venlafaxine hcl</i> .....32	XCOPRI PAK 150-200MG	ZELBORAF.....19
VENTAVIS .....27	(MAINTENANCE).....30	ZEMAIRA.....59
VENTOLIN HFA.....58	XCOPRI PAK 150-200MG	<i>zenatane</i> .....60
VENTOLIN HFA	(TITRATION).....30	ZENPEP CAP 10000UNT
(INSTITUTIONAL PACK)	XCOPRI PAK 50-100MG 30	49
.....58	XCOPRI TAB 50-200MG 30	ZENPEP CAP 15000UNT
<i>verapamil hcl</i> .....25, 26	XELJANZ.....52	49
VERSACLOZ .....35	XELJANZ XR .....52	ZENPEP CAP 20000UNT
VERZENIO .....19	XGEVA .....42	49
V-GO 20 KIT .....41	XIFAXAN .....49	ZENPEP CAP 25000 .....49
V-GO 30 KIT .....41	XIGDUO XR TAB 10-1000	ZENPEP CAP 3000UNIT 49
V-GO 40 KIT .....41	40	ZENPEP CAP 40000 .....49
VICTOZA .....40	XIGDUO XR TAB 10-	ZENPEP CAP 5000UNIT 49
<i>vienva</i> .....44	500MG .....40	ZERVIAE .....56
<i>vigabatrin</i> .....30	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	<i>zidovudine</i>.....11
<i>vigadrone</i> .....30	40	<i>ziprasidone hcl</i>.....35
VIIBRYD .....32	XIGDUO XR TAB 5-	<i>ziprasidone mesylate</i> .....35
VIIBRYD KIT STARTER .32	1000MG .....40	ZIRABEV .....19
VIMPAT .....30	XIGDUO XR TAB 5-500MG	ZIRGAN .....56
<i>vincristine sulfate</i> .....17	40	<i>zoledronic acid</i>.....42
<i>vinorelbine tartrate</i> .....17	XIIDRA.....56	ZOLINZA.....19
<i>viorele</i> .....44	XOLAIR .....59	<i>zolmitriptan</i> .....37

<i>zolpidem tartrate</i>	36	<i>zumandimine</i>	44	ZYPITAMAG	24
<i>zonisamide</i>	30	ZYCLARA PUMP	63	ZYPREXA RELPREVV ...	35
ZORTRESS	53	ZYDELIG	19	ZYTIGA.....	16
ZOSTAVAX	53	ZYKADIA	19		
<i>zovia 1/35e</i>	44	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	55		

Este formulario resumido se actualizó el 05/01/2021. 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