

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 17
H1016_PH237SP-092020_C

Este formulario resumido se actualizó el 11/01/2021. 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 11/01/2021. 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 médicalemente necesario, el medicamento con receta se obtenga en una farmacia de la red de AvMed Medicare y se cumpla con otras normas del plan. Para obtener más información sobre cómo obtener sus medicamentos con receta, consulte la Evidencia de cobertura.

¿Puede cambiar el Formulario (lista de medicamentos)?

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

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

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

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

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

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

Cambios que no lo afectarán si actualmente toma el medicamento. En general, si usted toma un medicamento de nuestro Formulario para 2021 que estaba cubierto al comienzo del año, nosotros no discontiunaremos 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 11/01/2021. 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 9. 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 9. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

Listado alfabético

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

¿Qué son los medicamentos genéricos?

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

¿Hay alguna restricción en mi cobertura?

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

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 9. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Para obtener más información

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

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

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

Formulario de AvMed Medicare

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

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

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

Lista de Abreviaturas y Su Significado

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

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

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

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

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

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

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

AvMed Medicare efectivo
11/01/2021

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	
<i>MITIGARE</i> 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>ibuprofen</i> SUSP 100mg/5ml	3	
<i>ibuprofen</i> TABS 400mg, 600mg, 800mg	1	GC
<i>meloxicam</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>nabumetone</i> TABS 500mg, 750mg	2	GC
<i>naproxen</i> TABS 250mg, 375mg, 500mg	1	GC
<i>naproxen</i> TBEC 375mg, 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
<i>HYSINGLA ER</i> T24A 20mg, 30mg, 40mg, 60mg, 80mg, 100mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> SOLN 5mg/5ml, 10mg/5ml QL (450 mL / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hcl</i> TABS 5mg, 10mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methadone hydrochloride i</i> CONC 10mg/ml QL (90 mL / 30 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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** 10
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
tramadol hcl TABS 50mg QL (240 tabs / 30 días)	2	GC QL
tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL
ANESTÉSICOS		
ANESTÉSICOS LOCALES		
lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
CONTRA INFECCIONES		
CONTRA INFECCIONES, VARIOS		
albendazole TABS 200mg	5	
amikacin sulfate SOLN 1gm/4ml, 500mg/2ml	4	
atovaquone SUSP 750mg/5ml	5	
aztreonam SOLR 1gm, 2gm	4	
CAYSTON SOLR 75mg	5	LA PA
clindamycin hcl CAPS 75mg, 150mg, 300mg	2	GC
clindamycin palmitate hydrochloride SOLR 75mg/5ml	4	
clindamycin phosphate SOLN 9gm/60ml, 300mg/2ml, 600mg/4ml, 900mg/6ml, 9000mg/60ml	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 900 mg/50ml	4	
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML	4	
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML	4	
colistimethate sodium SOLR 150mg	4	
dapsone TABS 25mg, 100mg	3	
DAPTOMYCIN SOLR 350mg	5	
daptomycin SOLR 350mg, 500mg	5	
EMVERM CHEW 100mg QL (12 tabs / 365 días)	5	QL
ertapenem sodium SOLR 1gm	4	
gentamicin in saline inj 0.8 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.2 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 1.6 mg/ml	3	
gentamicin in saline inj 2 mg/ml	3	
gentamicin sulfate SOLN 10mg/ml, 40mg/ml	3	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 250 mg	4	
imipenem-cilastatin intravenous for soln 500 mg	4	
ivermectin TABS 3mg	3	PA
linezolid SOLN 600mg/300ml	4	
linezolid SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 11

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
linezolid TABS 600mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%	4	
meropenem SOLR 1gm, 500mg	4	
methenamine hippurate TABS 1gm	3	
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SYNERCID INJ 500MG	5	
tobramycin NEBU 300mg/5ml	5	PA
tobramycin sulfate SOLN 1.2gm/30ml, 10mg/ml, 40mg/ml, 80mg/2ml	3	
trimethoprim TABS 100mg	2	GC
vancomycin hcl CAPS 125mg QL (80 caps / 180 días)	4	QL
vancomycin hcl CAPS 250mg QL (160 caps / 180 días)	4	QL
vancomycin hcl SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
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
micafungin sodium SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml QL (630 mL / 30 días)	5	QL
nystatin TABS 500000unit	3	

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

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

aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

12

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
ANTIPALÚDICOS		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4	
chloroquine phosphate TABS 3 250mg, 500mg	3	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
mefloquine hcl TABS 250mg	3	
primaquine phosphate TABS 3 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
quinine sulfate CAPS 324mg	4	PA
AGENTES ANTIRRETROVIRALES		
abacavir sulfate SOLN 20mg/ml	4	
abacavir sulfate TABS 300mg	3	
APTVUS CAPS 250mg; SOLN 100mg/ml	5	
atazanavir sulfate CAPS 150mg, 200mg, 300mg	4	
CRIXIVAN CAPS 200mg, 400mg	4	
EDURANT TABS 25mg	5	
efavirenz CAPS 50mg, 200mg; TABS 600mg	4	
emtricitabine CAPS 200mg	3	
EMTRIVA SOLN 10mg/ml	3	
etravirine TABS 100mg, 200mg	5	
fosamprenavir calcium TABS 700mg	5	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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
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	
lamivudine SOLN 10mg/ml; TABS 150mg, 300mg	3	
LEXIVA SUSP 50mg/ml	4	
nevirapine SUSP 50mg/5ml; TB24 100mg, 400mg	4	
nevirapine 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	
ritonavir TABS 100mg	3	
RUKOBIA TB12 600mg	5	
SELZENTRY SOLN 20mg/ml; TABS 75mg, 150mg, 300mg	5	
SELZENTRY TABS 25mg	3	
stavudine CAPS 15mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	
tenofovir disoproxil fumarate TABS 300mg	3	
TIVICAY TABS 10mg	3	

ST - Terapia Escalonada **B/D** 13
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
zidovudine CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
zidovudine TABS 300mg	3	
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 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133- 200 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167- 250 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200- 300 mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
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	
lopinavir-ritonavir soln 400- 100 mg/5ml (80-20 mg/ml)	4	
lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg	4	
lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg	5	
ODEFSEY TAB	5	
PREZCOBIX TAB 800-150	5	
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	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 14
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SIRTURO TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
TRECATOR 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
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/ml; 5 SOSY 180mcg/0.5ml	5	PA
RELENZA DISKHALER	3	QL
AEPB 5mg/blister		
QL (6 inhaladores / año)		
ribavirin (hepatitis c) CAPS 200mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
cefadroxil CAPS 500mg	2	GC
cefadroxil SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
cefazin 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, 4 6gm	4	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

15

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
ceftriaxone sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
cefuroxime axetil TABS 250mg, 500mg	3	
cefuroxime sodium SOLR 1.5gm, 750mg	3	
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS		
azithromycin PACK 1gm; SOLR 500mg; SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	3	
azithromycin TABS 250mg, 500mg, 600mg	1	GC
clarithromycin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	4	
clarithromycin TABS 250mg, 500mg; TB24 500mg	3	
DIFICID SUSR 40mg/ml; TABS 200mg	5	
e.e.s. 400 TABS 400mg	4	
ery-tab TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE SOLR 500mg	4	
erythrocin stearate TABS 250mg	4	
erythromycin base CPEP 250mg; TABS 250mg, 500mg; TBEC 250mg, 333mg, 500mg	4	
erythromycin ethylsuccinate TABS 400mg	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
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	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

16

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
ampicillin sodium SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg	4	
BICILLIN L-A SUSP 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml	4	
dicloxacillin sodium CAPS 250mg, 500mg	3	
nafcillin sodium SOLR 1gm, 2gm	4	
nafcillin sodium SOLR 10gm	5	
oxacillin sodium SOLR 1gm, 2gm	4	
oxacillin sodium SOLR 10gm	5	
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	4	
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
penicillin g potassium SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
PENICILLIN G PROCAINE SUSP 600000unit/ml	4	
penicillin g sodium SOLR 5000000unit	4	
penicillin v potassium SOLR 125mg/5ml, 250mg/5ml	2	GC
penicillin v potassium TABS 250mg, 500mg	1	GC
pizerpen SOLR 5000000unit, 20000000unit	4	
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)	4	
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)	4	
TETRACICLINAS		
doxy 100 SOLR 100mg	4	
doxycycline (monohydrate) CAPS 50mg, 100mg	2	GC
doxycycline (monohydrate) TABS 50mg, 75mg, 100mg	3	
doxycycline hyclate CAPS 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg	3	
doxycycline hyclate SOLR 100mg	4	
minocycline hcl CAPS 50mg, 75mg, 100mg	3	
monodoxine nl CAPS 100mg	2	GC
tetracycline hcl CAPS 250mg, 500mg	4	PA
tigecycline SOLR 50mg	5	
TIGECYCLINE SOLR 50mg	5	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

QL - Cantidad Limitada

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

17

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES ANTINEOPLÁSICOS		
AGENTES ALQUILANTES		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml	5	B/D
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml	3	B/D
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 100mg/100ml, 200mg/200ml	3	B/D
cyclophosphamide CAPS 25mg, 50mg	3	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml	5	B/D
cyclophosphamide SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	B/D
CYCLOPHOSPHAMIDE TABS 25mg, 50mg	4	B/D
LEUKERAN TABS 2mg	5	
oxaliplatin SOLN 50mg/10ml, 100mg/20ml, 200mg/40ml	4	B/D
oxaliplatin SOLR 50mg, 100mg	5	B/D
paraplatin SOLN 1000mg/100ml	3	B/D
ANTIBIÓTICOS		
adriamycin SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl SOLN 2mg/ml	4	B/D
doxorubicin hcl liposomal INJ 2mg/ml	5	B/D
epirubicin hcl SOLN 50mg/25ml, 200mg/100ml	4	B/D
ANTIMETABOLITOS		
ALIMTA SOLR 100mg, 500mg	5	B/D
azacitidine SUSR 100mg	5	B/D
cytarabine SOLN 20mg/ml	3	B/D
fluorouracil SOLN 1gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 500mg/10ml	3	B/D
gemcitabine hcl SOLN 1gm/26.3ml, 2gm/52.6ml, 200mg/5.26ml; SOLR 1gm, 2gm, 200mg	4	B/D
mercaptopurine TABS 50mg	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

aplica a AvMed Medicare 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
methotrexate sodium 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		
abiraterone acetate TABS 250mg, 500mg	5	PA
anastrozole TABS 1mg	1	GC
bicalutamide TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	4	
ERLEADA TABS 60mg	5	LA PA
exemestane TABS 25mg	4	
flutamide CAPS 125mg	3	
fulvestrant SOLN 250mg/5ml	5	B/D
letrozole TABS 2.5mg	2	GC
leuprolide acetate KIT 1mg/0.2ml	4	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) KIT 3.75mg	5	PA
LUPRON DEPOT (3-MONTH) KIT 11.25mg	5	PA
LYSODREN TABS 500mg	5	
megestrol acetate TABS 20mg, 40mg	3	
nilutamide TABS 150mg	5	
NUBEQA TABS 300mg	5	LA PA
ORGOVYX TABS 120mg	5	LA PA
SOLTAMOX SOLN 10mg/5ml	5	
tamoxifen citrate TABS 10mg, 20mg	2	GC
toremifene citrate TABS 60mg	5	
TRELSTAR MIXJECT SUSR 3.75mg, 11.25mg	5	PA
XTANDI CAPS 40mg; TABS 40mg, 80mg	5	LA PA
ZYTIGA TABS 500mg	5	LA PA

ST - Terapia Escalonada **B/D** 18

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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		
bexarotene CAPS 75mg	5	PA
hydroxyurea CAPS 500mg	2	GC
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
irinotecan hcl 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
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
tretinoin (chemotherapy) CAPS 10mg	5	
INHIBIDORES MITÓTICOS		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
docetaxel CONC 20mg/ml	4	B/D
docetaxel 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
etoposide SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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
paclitaxel CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
toposar SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
vincristine sulfate SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
vinorelbine tartrate 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
AYVAKIT TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg	5	LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

19

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
<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
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	5	LA PA
FOTIVDA CAPS .89mg, 1.34mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTrif TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
IBRANCE CAPS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 caps / 28 días)	5	QL LA PA
IBRANCE TABS 75mg, 100mg, 125mg QL (21 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
ICLUSIG TABS 10mg, 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 20
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
LUMAKRAS TABS 120mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg	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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 <i>sunitinib malate</i> CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	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
TAGRISSO 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
TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE CPPK 25mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE CPPK 100mg	5	LA PA
TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE	5	LA PA
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
UKONIQ TABS 200mg	5	LA PA
VELCADE SOLR 3.5mg	5	PA
VENCLEXTA TABS 10mg QL (112 tabs / 28 días)	4	QL LA PA
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, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 60mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 40mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg, 50mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ZYDELIG TABS 100mg, 150mg	5	LA PA
ZYKADIA TABS 150mg	5	LA PA
AGENTES PROTECTORES		
<i>leucovorin calcium</i> SOLN 500mg/50ml; SOLR 50mg, 100mg, 200mg, 350mg, 500mg	4	B/D
<i>leucovorin calcium</i> TABS 5mg, 10mg	3	
<i>leucovorin calcium</i> TABS 15mg, 25mg	4	
MESNEX TABS 400mg	5	
CARDIOVASCULAR COMBINACIONES DEL INHIBIDOR DE LA ECA		
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 2.5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 5-10 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 5-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 5-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 10-20 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
<i>amlodipine besylate-</i> <i>benazepril hcl cap 10-40 mg</i> QL (30 caps / 30 días)	1	GC QL
BENAZEPRIL & HYDROCHLOROTHIAZIDE TAB 5-6.25MG	1	GC
<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC
<i>benazepril &</i> <i>hydrochlorothiazide tab 20-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

22

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 5-12.5 mg	1	GC
enalapril maleate & hydrochlorothiazide tab 10-25 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg	1	GC
fosinopril sodium & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 10-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 20-12.5 mg	1	GC
lisinopril & hydrochlorothiazide 1 tab 20-25 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 10-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 20-12.5 mg	1	GC
quinapril-hydrochlorothiazide 1 tab 20-25 mg	1	GC
INHIBIDORES DE LA ECA		
benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
enalapril maleate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
fosinopril sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
lisinopril TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
moexipril hcl TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
perindopril erbumine TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
quinapril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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
ramipril CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
trandolapril TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA		
eplerenone TABS 25mg, 50mg	3	
spironolactone TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
ALFA BLOQUEADORES		
doxazosin mesylate TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	GC
prazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
terazosin hcl CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	GC
terazosin hcl CAPS 10mg	2	GC
COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II		
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-20 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 5-40 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-160 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)
amlodipine besylate-valsartan tab 5-320 mg	1	GC QL QL (30 tabs / 30 días)

ST - Terapia Escalonada **B/D** 23

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amlodipine besylate-valsartan tab 10-160 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine besylate-valsartan tab 10-320 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 5-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
amlodipine-valsartan-hydrochlorothiazide tab 10-160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil-hydrochlorothiazide tab 32-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBYCLOR TAB 40-12.5 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
EDARBYCLOR TAB 40-25MG QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ENTRESTO TAB 24-26MG	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ENTRESTO TAB 49-51MG	3	
ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 150-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
irbesartan-hydrochlorothiazide tab 300-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg	1	GC
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg	1	GC
losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg	1	GC
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan-amlodipine tab 40- 5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan-amlodipine tab 40- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan-amlodipine tab 80- 1 5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan-amlodipine tab 80- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 40- 12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80- 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan- hydrochlorothiazide tab 80-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan-hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan-hydrochlorothiazide tab 160-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA		
candesartan cilexetil TABS 4mg, 8mg, 16mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
candesartan cilexetil TABS 32mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
EDARBI TABS 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
irbesartan TABS 75mg, 150mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
losartan potassium TABS 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC
olmesartan medoxomil TABS 5mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
olmesartan medoxomil TABS 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
telmisartan TABS 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan TABS 40mg, 80mg, 160mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
valsartan TABS 320mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ANTIARRÍTMICOS		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml QL (30 tabs / 30 días)	2	GC
amiodarone hcl TABS 100mg, 400mg QL (30 tabs / 30 días)	4	
amiodarone hcl TABS 200mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC
disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	4	
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg QL (30 tabs / 30 días)	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
flecainide acetate TABS 50mg, 100mg, 150mg	3	
MULTAQ TABS 400mg	4	
NORPACE CR CP12 100mg, 150mg	4	
pacerone TABS 100mg, 400mg	4	
pacerone TABS 200mg	1	GC
propafenone hcl CP12 225mg, 325mg, 425mg	4	
propafenone hcl TABS 150mg, 225mg, 300mg	3	
quinidine sulfate TABS 200mg, 300mg	2	GC
sorine TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl TABS 80mg, 120mg, 160mg, 240mg	2	GC
sotalol hcl (afib/afl) TABS 80mg, 120mg, 160mg	2	GC
ANTILIPÉMICOS, FIBRATOS		
ANTARA CAPS 30mg, 90mg	4	
choline fenofibrate CPDR 45mg, 135mg	3	
fenofibrate TABS 48mg, 54mg, 145mg, 160mg	3	
fenofibrate micronized CAPS 67mg, 134mg, 200mg	3	
gemfibrozil 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
atorvastatin calcium 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
aplica a AvMed Medicare 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
fluvastatin sodium CAPS 20mg, 40mg QL (60 caps / 30 días)	1	GC QL
fluvastatin sodium TB24 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
LIVALO TABS 1mg, 2mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL ST
lovastatin TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
pravastatin sodium TABS 10mg, 20mg, 40mg, 80mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
rosuvastatin calcium TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
simvastatin 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		
cholestyramine PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
cholestyramine light PACK 4gm; POWD 4gm/dose	3	
colesevelam hcl PACK 3.75gm; TABS 625mg	4	
colestipol hcl GRAN 5gm; PACK 5gm	4	
colestipol hcl TABS 1gm	3	
ezetimibe TABS 10mg	3	
ezetimibe-simvastatin tab 10- 10 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

ST - Terapia Escalonada **B/D** 26

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

27

SI – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
verapamil hcl TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
verapamil hcl TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
DIURÉTICOS		
acetazolamide CP12 500mg; TABS 125mg, 250mg	4	
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg	2	GC
amiloride hcl TABS 5mg	2	GC
bumetanide SOLN .25mg/ml; TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	
chlorthalidone TABS 25mg, 50mg	2	GC
furosemide SOLN 8mg/ml, 10mg/ml	2	GC
furosemide TABS 20mg, 40mg, 80mg	1	GC
furosemide inj SOLN 10mg/ml	3	
hydrochlorothiazide CAPS 12.5mg; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg	1	GC
indapamide TABS 1.25mg, 2.5mg	2	GC
methazolamide TABS 25mg, 50mg	4	
metolazone TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	3	
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	3	
torsemide TABS 5mg, 10mg, 20mg, 100mg	2	GC
triamterene & hydrochlorothiazide cap 37.5- 25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5- 25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

QL - Cantidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

ST - Terapia Escalonada

B/D

28

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VARIOS		
ADRENALIN SOLN 1mg/ml	4	
aliskiren fumarate TABS 150mg, 300mg	4	
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5- 10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5- 20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5- 40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-80 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg	1	GC
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg	1	GC
clonidine PTWK .1mg/24hr, .2mg/24hr, .3mg/24hr	4	
clonidine hcl TABS .1mg, .2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; 4 TABS 5mg, 7.5mg		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
digitek TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
digox TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
digoxin SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
digoxin TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
droxidopa CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
droxidopa CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL PA
guanfacine hcl TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
hydralazine hcl SOLN 20mg/ml	4	
hydralazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
METHYLDOPA TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
metyrosine CAPS 250mg	5	PA
midodrine hcl TABS 2.5mg, 5mg	3	
midodrine hcl TABS 10mg	4	
minoxidil 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
ranolazine TB12 500mg, 1000mg	4	
NITRATOS		
isosorbide dinitrate TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
isosorbide dinitrate TABS 40mg	5	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

29

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 2 10mg, 20mg		GC
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 1 30mg, 60mg, 120mg		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, 5 1.5mg, 2mg, 2.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ambrisentan</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, 5 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	LA PA	
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 5 20mcg/ml	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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>lorazepam</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
<i>lorazepam</i> SOLN 2mg/ml, 4mg/ml	2	GC
<i>lorazepam</i> TABS .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>lorazepam intensol</i> CONC 2mg/ml QL (150 mL / 30 días)	3	QL
ANTICONVULSIVOS		
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
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, 4 200mg, 300mg; SUSP 100mg/5ml; TB12 100mg, 200mg, 400mg		
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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** 30
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg,.25mg,.5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
<i>DIACOMIT</i> CAPS 250mg, 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	
<i>DILANTIN</i> CAPS 30mg, 100mg	4	
<i>DILANTIN INFATABS</i> CHEW 50mg	4	
<i>DILANTIN-125</i> SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>EPIDIOLEX</i> 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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	
<i>FINTEPLA</i> SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>FYCOMPA</i> SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>FYCOMPA</i> TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>FYCOMPA</i> 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; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	
NAYZILAM SOLN 5mg/0.1ml	4	
oxcarbazepine SUSP 300mg/5ml	4	
oxcarbazepine TABS 150mg, 300mg, 600mg	3	
PEGANONE TABS 250mg	4	
<i>phenobarbital ELIX 20mg/5ml</i>	4	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>phenobarbital TABS 15mg, 16.2mg, 30mg, 32.4mg, 60mg, 64.8mg, 97.2mg, 100mg</i>	3	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
<i>phenobarbital sodium SOLN 65mg/ml, 130mg/ml</i>	4	PA Se aplica PA si tienen 70 años o más
PHENYTEK CAPS 200mg, 300mg	4	
<i>phenytoin CHEW 50mg; SUSP 125mg/5ml</i>	3	
<i>phenytoin sodium SOLN 50mg/ml</i>	3	
<i>phenytoin sodium extended CAPS 100mg, 200mg, 300mg</i>	3	
<i>pregabalin CAPS 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg</i> QL (120 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin CAPS 200mg</i> QL (90 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin CAPS 225mg, 300mg</i> QL (60 caps / 30 días)	3	QL PA
<i>pregabalin SOLN 20mg/ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>primidone TABS 50mg, 250mg</i>	2	GC
<i>roweepra TABS 500mg</i>	3	
<i>rufinamide SUSP 40mg/ml; TABS 200mg, 400mg</i>	5	PA
SPRITAM TB3D 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg	4	
<i>subvenite TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg</i>	1	GC
<i>SYMPAZAN FILM 5mg</i> QL (60 films / 30 días)	4	QL PA
<i>SYMPAZAN FILM 10mg, 20mg</i> QL (60 films / 30 días)	5	QL PA
<i>tiagabine hcl TABS 2mg, 4mg, 12mg, 16mg</i>	4	
<i>topiramate CPSP 15mg, 25mg</i>	3	
<i>topiramate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg</i>	2	GC
<i>valproate sodium SOLN 100mg/ml</i>	4	
<i>valproate sodium SOLN 250mg/5ml</i>	3	
<i>valproic acid CAPS 250mg</i>	3	
<i>VALTOCO LIQD 5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml; LQPK 7.5mg/0.1ml, 10mg/0.1ml</i>	4	
<i>vigabatrin PACK 500mg</i> QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigabatrin TABS 500mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>vigadrona PACK 500mg</i> QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>VIMPAT SOLN 10mg/ml</i> QL (1200 mL / 30 días)	5	QL
<i>VIMPAT SOLN 200mg/20ml</i>	5	
<i>VIMPAT TABS 50mg</i> QL (120 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

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D 32

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VIMPAT TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI TABS 100mg, 150mg, 200mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
XCOPRI PAK 12.5-25 QL (28 tabs / 28 días)	4	QL
XCOPRI PAK 50-100MG QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 50-200MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE) QL (56 tabs / 28 días)	5	QL
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION) QL (28 tabs / 28 días)	5	QL
zonisamide CAPS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
CONTRA LA DEMENCIA		
donepezil hydrochloride TABS 5mg; TBDP 5mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
donepezil hydrochloride TABS 10mg; TBDP 10mg	2	GC
galantamine hydrobromide CP24 8mg, 16mg, 24mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
galantamine hydrobromide SOLN 4mg/ml	4	
galantamine hydrobromide TABS 4mg, 8mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
memantine hcl CP24 7mg, 14mg, 21mg, 28mg; SOLN 2mg/ml	4	PA
Se aplica PA si tienen menos de 30 años		

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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
memantine hcl TABS 5mg, 10mg	3	PA
Se aplica PA si tienen menos de 30 años		
NAMZARIC CAP 7-10MG	4	
NAMZARIC CAP 14-10MG	4	
NAMZARIC CAP 21-10MG	4	
NAMZARIC CAP 28-10MG	4	
NAMZARIC CAP PACK	4	
rivastigmine PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr	4	QL
QL (30 parches / 30 días)		
rivastigmine tartrate CAPS 1.5mg, 3mg	4	QL
QL (90 caps / 30 días)		
rivastigmine tartrate CAPS 4.5mg, 6mg	4	QL
QL (60 caps / 30 días)		
ANTIDEPRESIVOS		
amitriptyline hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
amoxapine TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
bupropion hcl TABS 75mg, 100mg; TB24 150mg, 300mg	3	
bupropion hcl TB12 100mg, 150mg, 200mg	2	GC
citalopram hydrobromide SOLN 10mg/5ml	3	
citalopram hydrobromide TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
clomipramine hcl CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
desipramine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
desvenlafaxine succinate TB24 25mg, 50mg, 100mg	4	QL PA
QL (30 tabs / 30 días)		

ST - Terapia Escalonada

B/D

33

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>nortriptyline hcl</i> SOLN 10mg/5ml	4	
<i>paroxetine hcl</i> SUSP 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
<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	
<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 QL (240 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 50mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>trimipramine maleate</i> CAPS 100mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 5mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
TRINTELLIX TABS 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>venlafaxine hcl</i> CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
<i>venlafaxine hcl</i> TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
VIIBRYD KIT STARTER	4	
ANTIPARKINSONIANOS		
amantadine hcl CAPS 100mg QL (120 caps / 30 días)	3	QL
amantadine hcl SOLN 50mg/5ml	2	GC
amantadine hcl TABS 100mg	3	
APOKYN SOCT 30mg/3ml QL (20 cartridges / 30 días)	5	QL LA PA
benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	4	
benztropine mesylate TABS .5mg, 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
bromocriptine mesylate CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 10-100MG	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-100MG	4	
CARB/LEVO ORALLY DISINTEGRATING TAB 25-250MG	4	
carbidopa TABS 25mg	4	
carbidopa & levodopa tab 10-100 mg	2	GC
carbidopa & levodopa tab 25-100 mg	2	GC
carbidopa & levodopa tab 25-250 mg	2	GC
carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg	3	
carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg	4	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg	4	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg	4	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg	4	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg	4	
carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg	4	
entacapone TABS 200mg	4	
KYNMOBI FILM 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg QL (150 films / 30 días)	5	QL PA
NEUPRO PT24 1mg/24hr, 2mg/24hr, 3mg/24hr, 4mg/24hr, 6mg/24hr, 8mg/24hr	4	
pramipexole dihydrochloride TABS .125mg, .25mg, .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg	1	GC
pramipexole dihydrochloride TB24 .375mg, .75mg, 1.5mg, 2.25mg, 3mg, 3.75mg, 4.5mg	4	
rasagiline mesylate TABS 1mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
rasagiline mesylate TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
ropinirole hydrochloride TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg, 5mg	2	GC
ropinirole hydrochloride TB24 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 12mg	4	
selegiline hcl CAPS 5mg	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

B/D 35

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 MAINTENA 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
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	
CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR CONC 30mg/ml, 100mg/ml	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 QL (270 tabs / 30 días)	4	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 <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 <i>haloperidol decanoate</i> SOLN 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 2mg/ml; SOLN 5mg/ml INVEGA SUSTENNA SUSY 39mg/0.25ml QL (1 inyección / 28 días)	3	
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 36
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
loxpipine succinate CAPS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
molindone hcl TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
olanzapine SOLR 10mg QL (3 viales / 1 día)	4	QL
olanzapine TABS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
olanzapine TABS 7.5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
olanzapine TBDP 5mg, 15mg, 20mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
olanzapine TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
paliperidone TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
perphenazine TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 inyección / 30 días)	5	QL
pimozide TABS 1mg, 2mg	4	
quetiapine fumarate TABS 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
quetiapine fumarate TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 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

aplica a AvMed Medicare 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
quetiapine fumarate TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
risperidone SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
risperidone TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
risperidone TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
risperidone TBDP .25mg, .5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
thioridazine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
thiothixene CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
trifluoperazine hcl 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

ST - Terapia Escalonada

B/D

37

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ziprasidone hcl CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
ziprasidone mesylate SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA
TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD		
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine cap er 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amphetamine- dextroamphetamine tab 5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 7.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 10 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 12.5 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 15 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 20 mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
amphetamine- dextroamphetamine tab 30 mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL
atomoxetine hcl CAPS 40mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
dexamethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
dexamethylphenidate hcl TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 38
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HETLIOZ CAPS 20mg	5	LA PA
temazepam CAPS 7.5mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
temazepam CAPS 15mg QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
temazepam CAPS 30mg QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
zolpidem tartrate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año	2	GC QL PA
MIGRAÑA		
AIMOVIG SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml QL (1 pen / 30 días)	3	QL PA
dihydroergotamine mesylate SOLN 1mg/ml	5	
dihydroergotamine mesylate SOLN 4mg/ml QL (8 mL / 30 días)	5	QL PA
ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg	1	3
frovatriptan succinate TABS 2.5mg QL (18 tabs / 30 días)	4	QL
naratriptan hcl TABS 1mg, 2.5mg QL (12 tabs / 30 días)	3	QL
rizatriptan benzoate TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg QL (18 tabs / 30 días)	3	QL

ST - Terapia Escalonada **B/D** 39
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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 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
VARIOS		
AUSTEDO TABS 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
AUSTEDO TABS 9mg, 12mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
GRALISE TABS 300mg QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
GRALISE TABS 600mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
INGREZZA CAPS 40mg, 60mg, 80mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL 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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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
LYRICA CR TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
NUEDEXTA CAP 20-10MG QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>pregabalin (once-daily)</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 30mg		
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
SAVELLA TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
SAVELLA MIS TITR PAK	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL PA
AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>dalfampridine</i> TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatiramer acetate</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>glatopa</i> SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA

ST - Terapia Escalonada **B/D** 40
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv)	2	GC QL QL (90 tabs / 30 días)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv)	2	GC QL QL (90 tabs / 30 días)
bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg	4	PA
CHANTIX CONTINUING MONTH TABS 1mg	4	PA
CHANTIX PAK 0.5& 1MG	4	PA
disulfiram TABS 250mg, 500mg	3	
naloxone hcl SOCT .4mg/ml; SOLN .4mg/ml, 4mg/10ml; SOSY 2mg/2ml	2	GC
naltrexone hcl TABS 50mg	3	
NARCAN LIQD 4mg/0.1ml	3	
NICOTROL INHALER INHA 10mg	4	
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
VIVITROL SUSR 380mg	5	
ENDOCRINO Y METABÓLICO ANDRÓGENOS		
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr	4	QL PA QL (30 parches / 30 días)
oxandrolone TABS 2.5mg	3	QL PA QL (120 tabs / 30 días)
oxandrolone TABS 10mg	4	QL PA QL (60 tabs / 30 días)
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm	4	QL PA QL (300 gm / 30 días)
testosterone cypionate SOLN 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 200mg/ml	3	PA

ST - Terapia Escalonada

B/D

41

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ANTIDIABÉTICOS		
acarbose TABS 25mg, 50mg, 3 100mg		
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
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
JANUMET 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, 3 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
metformin hcl TABS 500mg QL (150 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 850mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TABS 1000mg QL (75 tabs / 30 días)	1	GC QL
metformin hcl TB24 500mg QL (120 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL
metformin hcl TB24 750mg QL (60 tabs / 30 días) (genérico de GLUCOPHAGE XR)	1	GC QL

ST - Terapia Escalonada **B/D** 42
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
nateglinide TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIK (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIK (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
OZEMPIK (1MG/DOSE) SOPN 4mg/3ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
pioglitazone hcl TABS 15mg, 30mg, 45mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS 2mg QL (240 tabs / 30 días)	1	GC QL
repaglinide TABS .5mg, 1mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
RYBELSUS TABS 3mg, 7mg, 3 14mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-500MG QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5-500 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 10-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 12.5- 1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
SYNJARDY XR TAB 25-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRADJENTA TABS 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
TRULICITY SOPN .75mg/0.5ml, 1.5mg/0.5ml, 3mg/0.5ml, 4.5mg/0.5ml QL (4 pens / 28 días)	3	QL
VICTOZA SOPN 18mg/3ml QL (3 pens / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-500MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 5-1000MG QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-500MG QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
XIGDUO XR TAB 10-1000 QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
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	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN 500unit/ml SI	5	B/D
HUMULIN R U-500 KWIKPEN 5 SOPN 500unit/ml SI		
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	
NOVOLIN R SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLIN R FLEXPEN SOPN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG SOLN 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLOG FLEXPEN SOPN	3	
100unit/ml SI (brand RELION not covered)		
NOVOLOG MIX INJ 70/30 SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN SI (brand RELION not covered)	3	
NOVOLOG PENFILL SOCT 100unit/ml SI (brand RELION not covered)	3	
OMNIPOD KIT STARTER QL (1 kit / año)	4	QL PA
OMNIPOD MIS 5 PACK QL (10 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
REGULADORES DE CALCIO		
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	4	
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

aplica a AvMed Medicare 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

44

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>calcitonin (salmon) spray</i>	3	B/D
SOLN 200unit/act		
<i>FORTEO SOPN</i>	5	PA
620mcg/2.48ml		
<i>FOSAMAX + D TAB 70-2800</i>	4	ST
<i>FOSAMAX + D TAB 70-5600</i>	4	ST
<i>ibandronate sodium</i> SOLN 3mg/3ml	4	B/D QL
QL (1 inyección / 90 días)		
<i>ibandronate sodium</i> TABS 150mg	3	B/D
<i>NATPARA CART</i> 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	PA
<i>PAMIDRONATE DISODIUM</i>	3	B/D
SOLN 6mg/ml		
<i>pamidronate disodium</i> SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
<i>PROLIA SOSY</i> 60mg/ml QL (1 inyección / 180 días)	4	QL
<i>risedronate sodium</i> TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	4	
<i>TYMLOS SOPN</i>	5	PA
3120mcg/1.56ml		
<i>XGEVA</i> SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
<i>zoledronic acid</i> CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
AGENTES QUELANTES		
<i>CHEMET</i> CAPS 100mg	4	
<i>deferasirox</i> PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	PA
<i>LOKELMA</i> PACK 5gm, 10gm	3	
<i>penicillamine</i> TABS 250mg	5	
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> <i>powder</i>	3	
<i>sps</i> SUSP 15gm/60ml	3	
<i>trientine hcl</i> CAPS 250mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>VELTASSA</i> 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</i> estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
<i>desogestrel & ethinyl estradiol</i> tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> tab 3-0.02 mg	3	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> tab 3-0.03 mg	3	
<i>elonest</i>	2	GC
<i>ELLA</i> TABS 30mg	3	
<i>eluryng</i>	4	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

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

aplica a AvMed Medicare 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

45

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
emoquette	2	GC
enpresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarrylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	3	
ethynodiol diacetate & ethinyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	3	
etongestrel-ethinyl estradiol va ring 0.120-0.015 mg/24hr	4	
falmina	2	GC
femynor	2	GC
gianvi	3	
hailey 1.5/30	3	
heather TABS .35mg	2	GC
iclevia	3	
incassia TABS .35mg	2	GC
introvale	3	
isibloom	2	GC
jasmiel	3	
jolessa	3	
juleber	2	GC
junel 1.5/30	3	
junel 1/20	3	
junel fe 1.5/30	2	GC
junel fe 1/20	2	GC
kariva	3	
kelnor 1/35	3	
kelnor 1/50	3	
kurvelo	2	GC
larin 1.5/30	3	
larin 1/20	3	
larin fe 1.5/30	2	GC
larin fe 1/20	2	GC
larissia	2	GC
leena	3	
lessina	2	GC
levonest	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-día) tab 0.15-0.03 mg	3	
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	GC
levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg	2	GC
levora 0.15/30-28	2	GC
lillow	2	GC
loestrin 1.5/30-21	3	
loestrin 1/20-21	3	
loestrin fe 1.5/30	2	GC
loestrin fe 1/20	2	GC
loryna	3	
low-ogestrel	2	GC
lutera	2	GC
lyeq TABS .35mg	2	GC
lyza TABS .35mg	2	GC
marlissa	2	GC
medroxyprogesterone acetate (contraceptive) SUSP 150mg/ml; SUSY 150mg/ml	3	
microgestin 1.5/30	3	
microgestin 1/20	3	
microgestin fe 1.5/30	2	GC
microgestin fe 1/20	2	GC
mili	2	GC
mono-linyah	2	GC
necon 0.5/35-28	3	
nikki	3	
nora-be TABS .35mg	2	GC
norethindrone (contraceptive) TABS .35mg	2	GC
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	3	
norethindrone ace & ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg	2	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

QL - Cantidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

ST - Terapia Escalonada

B/D

46

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

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

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

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

QL - Cantidad Limitada

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

cubren.

ST - Terapia Escalonada

B/D

47

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
estradiol vaginal CREA .1mg/gm	3	
estradiol vaginal TABS 10mcg	4	
estradiol valerate OIL 20mg/ml, 40mg/ml	4	
fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg	3	
fyavolv tab 1mg-5mcg	3	
jinteli	3	
lopreeza	3	
lyllana PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
mimvey	3	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg	3	
norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg	3	
yuafem TABS 10mcg	4	
GLUCOCORTICOIDES		
cortisone acetate TABS 25mg	4	
dexamethasone ELIX .5mg/5ml; SOLN .5mg/5ml; TABS .5mg, .75mg, 1mg, 1.5mg, 2mg, 4mg, 6mg	3	
DEXAMETHASONE INTENSOL CONC 1mg/ml	4	
dexamethasone sodium phosphate SOLN 4mg/ml, 10mg/ml, 20mg/5ml, 100mg/10ml, 120mg/30ml	3	
fludrocortisone acetate TABS .1mg	2	GC
hydrocortisone TABS 5mg, 10mg, 20mg	3	
methylprednisolone TABS 4mg, 8mg, 16mg, 32mg	3	B/D
methylprednisolone TBPK 4mg	2	GC
methylprednisolone acetate SUSP 40mg/ml, 80mg/ml	3	B/D

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
methylprednisolone sod succ SOLR 40mg, 125mg, 1000mg	3	B/D
prednisolone SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 5mg/5ml, 25mg/5ml	3	B/D
prednisolone sodium phosphate SOLN 15mg/5ml	2	GC B/D
prednisone SOLN 5mg/5ml	4	B/D
prednisone TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 50mg	2	GC B/D
prednisone 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		
diazoxide SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
VARIOS		
ALDURAZYME SOLN 2.9mg/5ml	5	LA PA
cabergoline TABS .5mg	3	
CARBAGLU TABS 200mg	5	LA PA
CERDELGA CAPS 84mg	5	PA
CEREZYME SOLR 400unit	5	LA PA
cinacalcet hcl TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)	4	B/D QL
cinacalcet hcl TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
cinacalcet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

48

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
desmopressin acetate SOLN 4mcg/ml	5	
desmopressin acetate TABS .1mg, .2mg	3	
desmopressin acetate spray SOLN .01%	4	
desmopressin acetate spray refrigerated SOLN .01%	4	
FABRAZYME SOLR 5mg, 35mg	5	LA PA
GENOTROPIN SOLR 5mg, 12mg	5	PA
GENOTROPIN MINIQUICK 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
levocarnitine (metabolic modifiers) 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
miglustat CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL PA
NAGLAZYME SOLN 1mg/ml	5	LA PA
nitisinone CAPS 2mg, 5mg, 10mg	5	PA
octreotide acetate SOLN 50mcg/ml, 100mcg/ml, 200mcg/ml	4	PA
octreotide acetate SOLN 500mcg/ml, 1000mcg/ml	5	PA
OSPHENA TABS 60mg	3	PA
raloxifene hcl TABS 60mg	3	
sapropterin dihydrochloride PACK 100mg, 500mg; TABS 100mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SIGNIFOR SOLN .3mg/ml, .6mg/ml, .9mg/ml	5	LA PA
sodium phenylbutyrate POWD 3gm/tsp; TABS 500mg	5	PA
SOMATULINE DEPOT SOLN 60mg/0.2ml, 90mg/0.3ml, 120mg/0.5ml	5	PA
SOMAVERT SOLR 10mg, 15mg, 20mg, 25mg, 30mg	5	LA PA
STIMATE SOLN 1.5mg/ml	5	
AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO		
AURYXIA TABS 210mg QL (360 tabs / 30 días)	5	QL PA
calcium acetate (phosphate binder) CAPS 667mg QL (360 caps / 30 días)	3	QL
calcium acetate (phosphate binder) TABS 667mg QL (360 tabs / 30 días)	4	QL
sevelamer carbonate PACK 2.4gm QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL
sevelamer carbonate PACK .8gm QL (540 paquetes / 30 días)	5	QL
sevelamer carbonate TABS 800mg QL (540 tabs / 30 días)	4	QL
PROGESTINAS		
medroxyprogesterone acetate TABS 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
megestrol acetate SUSP 40mg/ml	3	
megestrol acetate (appetite) SUSP 625mg/5ml	4	PA
norethindrone acetate TABS 5mg	3	

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

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES TIROIDEOSES		
euthyrox TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC
levo-t TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
levothyroxine sodium TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
levoxyl TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg	2	GC
liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg	3	
methimazole TABS 5mg, 10mg	1	GC
propylthiouracil TABS 50mg	3	
SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	4	
unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg	2	GC
ANÁLOGOS DE VITAMINA D		
calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg	2	GC B/D
calcitriol SOLN 1mcg/ml	4	B/D
doxercalciferol CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg	4	B/D
paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg	4	B/D
RAYALDEE CPCR 30mcg	5	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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
GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS		
aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg		
aprepitant capsule therapy pack 80 & 125 mg		
compro SUPP 25mg	4	
dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 caps / 30 días)	4	B/D QL
EMEND SUSR 125mg/5ml	4	B/D
granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml	3	
granisetron hcl TABS 1mg	4	B/D
meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg	2	GC
metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml	3	
metoclopramide hcl TABS 5mg, 10mg	1	GC
ondansetron TBDP 4mg, 8mg	3	B/D
ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml	3	
ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml	4	B/D
ondansetron hcl TABS 4mg, 8mg, 24mg	3	B/D
prochlorperazine SUPP 25mg	4	
prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml	4	
prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg	2	GC
promethazine hcl 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

ST - Terapia Escalonada **B/D** 50
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
scopolamine PT72 1mg/3days QL (10 parches / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	QL PA
ANTIESPASMÓDICOS		
dicyclomine hcl CAPS 10mg; TABS 20mg	3	
dicyclomine hcl SOLN 10mg/5ml	4	
glycopyrrolate TABS 1mg, 2mg	3	
ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2		
famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml	3	
famotidine SUSR 40mg/5ml QL (300 mL / 30 días)	4	QL
famotidine TABS 20mg QL (120 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine TABS 40mg QL (60 tabs / 30 días)	1	GC QL
famotidine in nacl 0.9% iv soln 20 mg/50ml	3	
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	3	
ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL		
balsalazide disodium CAPS 750mg	3	
budesonide CPEP 3mg	4	
budesonide TB24 9mg	5	
hydrocortisone (intrarectal) ENEM 100mg/60ml	4	
mesalamine CP24 .375gm QL (120 caps / 30 días)	4	QL
mesalamine CPDR 400mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
mesalamine ENEM 4gm; SUPP 1000mg	4	
mesalamine TBEC 1.2gm QL (120 tabs / 30 días)	4	QL

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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
mesalamine w/ cleanser KIT 4gm	4	
sulfasalazine TABS 500mg	2	GC
sulfasalazine TBEC 500mg	3	
LASANTES		
constulose SOLN 10gm/15ml	3	
enulose SOLN 10gm/15ml	3	
gavilyte-c	2	GC
gavilyte-g	2	GC
gavilyte-n/flavor pack	2	GC
generlac SOLN 10gm/15ml	3	
GOLYTELY SOL	3	
KRISTALOSE PACK 10gm, 20gm	4	
lactulose SOLN 10gm/15ml	3	
lactulose (encephalopathy) SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL LMN/LIME	3	
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl- na sulfate for soln 236 gm	2	GC
peg 3350-kcl-sod bicarb-nacl for soln 420 gm	2	GC
PLENUVU SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
VARIOS		
alosetron hcl TABS 1mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
alosetron hcl TABS .5mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
amoxicillin cap-clarithro tab- lansopraz cap dr therapy pack	4	
cromolyn sodium (mastocytosis) CONC 100mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml	4	
diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg	3	
GATTEX KIT 5mg	5	LA PA

ST - Terapia Escalonada

B/D

51

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LINZESS CAPS 72mcg, 145mcg, 290mcg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
loperamide hcl CAPS 2mg	3	
misoprostol 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, 5 12mg/0.6ml	5	PA
sucralfate TABS 1gm	3	
TRULANCE TABS 3mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
ursodiol CAPS 300mg	3	
ursodiol 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 QL (30 caps / 30 días)	4	QL
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
omeprazole CPDR 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
pantoprazole sodium SOLR 40mg	4	
pantoprazole sodium TBEC 20mg, 40mg	1	GC
PRILOSEC PACK 2.5mg, 10mg	4	
rabeprazole sodium TBEC 20mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
GENITOURINARIAS		
HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA		
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
finasteride TABS 5mg	1	GC
silodosin CAPS 4mg, 8mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL
tamsulosin hcl CAPS .4mg	2	GC
VARIOS		
acetic acid SOLN .25%	2	GC
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
ANTIESPASMÓDICOS URINARIO		
darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
MYRBETRIQ SRER 8mg/ml QL (300 mL / 28 días)	4	QL

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 52
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
MYRBETRIQ TB24 25mg, 50mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
oxybutynin chloride SYRP 5mg/5ml; TABS 5mg	3	
oxybutynin chloride TB24 5mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
oxybutynin chloride TB24 10mg, 15mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
OXYTROL PTTW 3.9mg/24hr	4	
solifenacina succinato TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
tolterodina tartrato CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
tolterodina tartrato TABS 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL ST
TOVIAZ TB24 4mg, 8mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
trospium chloride TABS 20mg QL (60 tabs / 30 días)	3	QL
ANTIINFECCIOSOS VAGINALES		
clindamicina fosfato vaginal CREA 2%	3	
metronidazolo vaginal GEL .75%	3	
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
vandazole 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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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
enoxaparina sodio SOLN 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml	4	
fondaparinux sodio SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
fondaparinux sodio 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, 18000unt/0.72ml, 95000unit/3.8ml	5	
HEP SOD/NACL INJ 25000UNT	3	
heparina sodio (porcina) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
heparina sodio (porcina) 100 unit/ml in d5w	3	
heparina sodio (porcina)- dextrosa iv sol 20000 unit/500ml-5%	3	
heparina sodio (porcina)- dextrosa iv sol 25000 unit/500ml-5%	3	
HEPARIN/NACL INJ 25000UNT	3	
jantoven TABS 1mg, 2mg, 2.5mg, 3mg, 4mg, 5mg, 6mg, 7.5mg, 10mg	1	GC
PRADAXA CAPS 75mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
PRADAXA CAPS 110mg QL (120 caps / 30 días)	4	QL

ST - Terapia Escalonada **B/D**

LA - Disponibilidad Limitada

53

SI - Selectas Insulinas. No se

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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		
PROCIT SOLN 2000unit/ml, 3 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml		PA
PROCIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
VARIOS		
<i>anagrelide hcl</i> CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
<i>cilostazol</i> TABS 50mg, 100mg	2	GC
DOPTELET TABS 20mg	5	LA PA
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>sajazir</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA		
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i> 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
<i>clopidogrel bisulfate</i> TABS 75mg	1	GC
<i>dipyridamole</i> TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>prasugrel hcl</i> TABS 5mg, 10mg	3	
AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS		
ENBREL SOLN 25mg/0.5ml; SOLR 25mg QL (16 viales / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 25mg/0.5ml QL (16 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 inyecciones / 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
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D** 54
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC S PNKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / año)	5	QL PA
SKYRIZI SOSY 150mg/ml QL (7 jeringas / año)	5	QL PA
SKYRIZI PEN SOAJ 150mg/ml QL (7 pens / año)	5	QL PA

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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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** 55
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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, 5 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, 5 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 5 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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
everolimus (immunosuppressant) TABS .5mg, .75mg	5	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg	4	B/D
gengraf CAPS 25mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
mycophenolate mofetil CAPS 250mg; TABS 500mg	3	B/D
mycophenolate mofetil SUSR 200mg/ml	5	B/D
mycophenolate sodium TBEC 180mg, 360mg	4	B/D
NULOJIX SOLR 250mg	5	B/D
PROGRAF PACK .2mg, 1mg	4	B/D
REZUROCK TABS 200mg	5	LA PA
SANDIMMUNE SOLN 100mg/ml	3	B/D
sirolimus SOLN 1mg/ml; TABS 2mg	5	B/D
sirolimus TABS .5mg, 1mg	4	B/D
tacrolimus CAPS .5mg, 1mg, 5mg	4	B/D
ZORTRESS TABS 1mg	5	B/D
VACUNAS		
ACTHIB INJ	3	
ADACEL INJ	3	
BCG VACCINE INJ	3	
BEXSERO INJ	3	
BOOSTRIX INJ	3	
DAPTACEL INJ	3	
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	3	B/D
ENGERIX-B SUSP 10mcg/0.5ml, 20mcg/ml	3	B/D
GARDASIL 9 INJ	3	
HAVRIX SUSP 720elu/0.5ml, 1440elu/ml	3	
HIBERIX SOLR 10mcg	3	
IMOVAX RABIES (H.D.C.V.) INJ 2.5unit/ml	3	B/D
INFANRIX INJ	3	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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** 56
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTAQE SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml QL (2 viales por vida)	3	QL
TDVAX INJ 2-2 LF	3	B/D
TENIVAC INJ 5-2LF	3	B/D
TRUMENBA INJ	3	
TWINRIX INJ	3	
TYPHIM VI SOLN 25mcg/0.5ml	3	
VAQTA SUSP 25unit/0.5ml, 50unit/ml	3	
VARIVAX INJ 1350pfu/0.5ml	3	
YF-VAX INJ	3	
ZOSTAVAX SUSR 19400unt/0.65ml QL (1 vial por vida)	3	QL
SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE		
D2.5W/NACL INJ 0.45%	3	
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NACL INJ 0.3%	3	

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%	3	
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	3	
SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml		

ST - Terapia Escalonada

B/D

57

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
magnesium sulfate SOLN 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%	3	
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	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	
potassium chloride SOLN 2meq/ml	3	
POTASSIUM CHLORIDE SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml	4	
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj	3	
sodium chloride SOLN .45%, .9%, 2.5meq/ml, 3%, 5%	3	
TPN ELECTROL INJ	4	B/D
ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL		
klor-con PACK 20meq	4	
klor-con 8 TBCR 8meq	2	GC
klor-con 10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m10 TBCR 10meq	2	GC
klor-con m15 TBCR 15meq	2	GC
klor-con m20 TBCR 20meq	2	GC
M-NATAL PLUS TAB	3	
PNV FOLIC AC TAB + IRON	3	
potassium chloride CPCR 8meq, 10meq	3	
potassium chloride PACK 20meq; SOLN 10%, 20%	4	
potassium chloride TBCR 8meq, 10meq, 20meq	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
potassium chloride microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 15meq, 20meq	2	GC
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
clisol 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
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	

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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** 58
LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%	2	GC
neomycin-polymyxin-hc ophth susp	4	
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	2	GC
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	
CONTRA INFECCIONES		
bacitracin (ophthalmic) OINT 500unit/gm	3	
bacitracin-polymyxin b ophth oint	2	GC
BESIVANCE SUSP .6%	3	
CILOXAN OINT .3%	3	
ciprofloxacin hcl (ophth) SOLN .3%	2	GC
erythromycin (ophth) OINT 5mg/gm	2	GC
gatifloxacin (ophth) SOLN .5%	3	
gentak OINT .3%	3	
gentamicin sulfate (ophth) SOLN .3%	2	GC
moxifloxacin hcl (ophth) SOLN .5%	3	
NATACYN SUSP 5%	4	
neomycin-bacitrac zn-polymyx 3 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin		
neomycin-polymy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml	3	
ofloxacin (ophth) SOLN .3%	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml-0.1%	2	GC
sulfacetamide sodium (ophth) OINT 10%; SOLN 10%	3	
tobramycin (ophth) SOLN .3%	2	GC
trifluridine SOLN 1%	4	
ZIRGAN GEL .15%	4	
ANTIINFLAMATORIOS		
ALREX SUSP .2%	3	
bromfenac sodium (ophth) SOLN .09%	4	
BROMSITE SOLN .075%	4	
dexamethasone sodium phosphate (ophth) SOLN .1%	3	
diclofenac sodium (ophth) SOLN .1%	2	GC
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
fluorometholone (ophth) SUSP .1%	3	
flurbiprofen sodium SOLN .03%	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%	3	
ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%	3	
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP SOLN 1%	3	
PROLENSA SOLN .07%	3	
ANTIALÉRGICOS		
azelastine hcl (ophth) SOLN .05%	3	
bepotastine besilate SOLN 1.5%	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%	1	GC

PA - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

ED - Medicamento Excluido

GC - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

B/D

59

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
LASTACRAFT SOLN .25%	4	
olopatadine hcl SOLN .1%, .2%	3	
PAZEO SOLN .7%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
CONTRA EL GLAUCOMA		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
AZOPT SUSP 1%	3	
betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
brimonidine tartrate SOLN .2%	1	GC
brimonidine tartrate SOLN .15%	4	
brinzolamide SUSP 1%	3	
carteolol hcl (ophth) SOLN 1%	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
dorzolamide hcl SOLN 2%	2	GC
dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml	2	GC
latanoprost SOLN .005%	2	GC
levobunolol hcl SOLN .5%	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
timolol maleate (ophth) SOLG 4 .25%, .5%	4	
timolol maleate (ophth) SOLN 1 .25%, .5%		GC
timolol maleate (ophth) once-daily 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

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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
ISOPTO ATROPINE SOLN 1%	3	
proparacaine hcl SOLN .5%	3	
RESTASIS EMUL .05%	3	
RESTASIS MULTIDOSE EMUL .05%	3	
Xiidra SOLN 5%	3	
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
Productos Vitamínicos / Minerales de Receta		
cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml	2	ED GC
ergocalciferol CAPS 50000unit	2	ED GC QL QL (4 caps / 28 días)
folic acid TABS 1mg	1	ED GC QL QL (30 tabs / 30 días)
phytonadione TABS 5mg	4	ED QL QL (60 tabs / 30 días)
RESPIRATORIO		
COMBINACIONES DE ANTOCOLINÉRGICO / BETA AGONISTA		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL QL (60 blisters / 30 días)
BEVESPI AER 9-4.8MCG	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE	3	QL QL (1 inhalador / 30 días)
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK)	3	QL QL (4 inhaladores / 28 días)
COMBIVENT AER 20-100	4	QL QL (2 inhaladores / 30 días)
ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml	3	B/D

ST - Terapia Escalonada **B/D** 60
LA - Disponibilidad Limitada

SI - Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG QL (60 blisters / 30 días)	3	QL
ANTICOLINÉRGICOS		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3	QL
ipratropium bromide SOLN .02%	2	GC B/D
ipratropium bromide (nasal) SOLN .03%, .06%	3	
ANTIHISTAMÍNICOS		
azelastine hcl SOLN .1%, .15%	3	
cetirizine hcl SOLN 1mg/ml	2	GC
cyproheptadine hcl SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
desloratadine TABS 5mg	3	
diphenhydramine hcl SOLN 50mg/ml	3	
hydroxyzine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
hydroxyzine hcl SYRP 10mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
hydroxyzine hcl TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
hydroxyzine pamoate CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
levocetirizine dihydrochloride SOLN 2.5mg/5ml	4	
levocetirizine dihydrochloride TABS 5mg	2	GC
olopatadine hcl (nasal) SOLN .6%	4	
BETA AGONISTAS		
albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
albuterol sulfate AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
albuterol sulfate NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
albuterol sulfate NEBU .083%	2	GC B/D
albuterol sulfate SYRP 2mg/5ml	2	GC
albuterol sulfate TABS 2mg, 4mg	4	
arformoterol tartrate NEBU 15mcg/2ml	5	B/D
BROVANA NEBU 15mcg/2ml	5	B/D
formoterol fumarate NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
levalbuterol hcl NEBU .31mg/3ml, .63mg/3ml, 1.25mg/0.5ml, 1.25mg/3ml	4	B/D
levalbuterol tartrate AERO 45mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	3	QL
PERFOROMIST NEBU 20mcg/2ml	5	B/D

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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** 61

LA - Disponibilidad Limitada

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
SEREVENT DISKUS AEPB 50mcg/dose	3	QL QL (60 inhalaciones / 30 días)
terbutaline sulfate TABS 2.5mg, 5mg	4	
VENTOLIN HFA AERS 108mcg/act	3	QL QL (2 inhaladores / 30 días)
VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK) AERS 108mcg/act	3	QL QL (6 inhaladores / 30 días)
MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	2	GC
montelukast sodium PACK 4mg	4	
montelukast sodium TABS 10mg	1	GC
zafirlukast TABS 10mg, 20mg	3	
VARIOS		
acetylcysteine SOLN 10%, 20%	3	B/D
ARALAST NP SOLR 500mg, 1000mg	5	LA PA
cromolyn sodium NEBU 20mg/2ml	3	B/D
DALIRESP TABS 250mcg, 500mcg	4	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml (genérico de EpiPen)	3	
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
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 2.5mg/2.5ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
theophylline SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline TB24 400mg, 600mg	3	
TRIKAFTA TAB 50-25- 37.5MG & 75MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
ESTEROIDES NASALES		
flunisolide (nasal) SOLN .025% QL (3 botellas / 30 días)	3	QL
fluticasone propionate (nasal) SUSP 50mcg/act QL (1 botella / 30 días)	2	GC QL
OMNARIS SUSP 50mcg/act QL (1 inhalador / 30 días)	4	QL
ESTEROIDES INHALADOS		
ARNUITY ELLIPTA AEPB 50mcg/act, 100mcg/act, 200mcg/act QL (30 inhalaciones / 30 días)	3	QL
budesonide (inhalation) 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

ST - Terapia Escalonada **B/D** 63
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DE USO TÓPICO		
DERMATOLOGÍA, ACNÉ		
accutane CAPS 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025%	4	QL PA QL (45 gm / 30 días)
benzoyl peroxide- erythromycin gel 5-3%	4	
claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
clindamycin phosphate (topical) GEL 1%	3	QL QL (75 gm / 30 días)
clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1%	3	QL QL (60 mL / 30 días)
ery PADS 2%	3	
erythromycin (acne aid) SOLN 2%	3	QL QL (60 mL / 30 días)
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%	4	QL PA QL (45 gm / 30 días)
zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	4	PA
DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS		
gentamicin sulfate (topical) CREA .1%	4	QL QL (30 gm / 30 días)
gentamicin sulfate (topical) OINT .1%	3	
mupirocin OINT 2%	2	GC QL QL (220 gm / 30 días)
silver sulfadiazine CREA 1%	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
aplica a AvMed Medicare 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
ssd CREA 1%	2	GC
SULFAMYLON CREA 85mg/gm	4	
DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS		
ciclopirox olamine CREA .77%	3	QL QL (90 gm / 30 días)
ciclopirox olamine SUSP .77%	3	QL QL (60 mL / 30 días)
clotrimazole (topical) CREA 1%	3	QL QL (45 gm / 30 días)
clotrimazole (topical) SOLN 1%	3	QL QL (30 mL / 30 días)
clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05%	3	QL QL (45 gm / 30 días)
ketococonazole (topical) CREA 2%	3	QL QL (60 gm / 30 días)
nyamyc POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm	3	QL QL (30 gm / 30 días)
nystatin (topical) POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
nystop POWD 100000unit/gm	3	QL QL (60 gm / 30 días)
DERMATOLOGÍA, ANTIPOSIÁSICOS		
acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg	4	PA
calcipotriene CREA .005%; OINT .005%	4	QL PA QL (120 gm / 30 días)
calcipotriene SOLN .005%	4	QL PA QL (120 mL / 30 días)

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

SI – Selectas Insulinas. No se

aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
calcitrene OINT .005% QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
tazarotene CREA .1% QL (60 gm / 30 días)	3	QL PA
TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL PA
DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA		
ketoconazole (topical) SHAM 2% QL (120 mL / 30 días)	2	GC QL
selenium sulfide LOTN 2.5%	2	GC
DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES		
ala-cort CREA 1%	1	GC
ala-cort CREA 2.5%	2	GC
alclometasone dipropionate CREA .05%; OINT .05%	3	
betamethasone dipropionate (topical) CREA .05%; LOTN .05%	3	
betamethasone dipropionate (topical) OINT .05%	4	
betamethasone dipropionate augmented CREA .05%	3	
betamethasone dipropionate augmented GEL .05%; LOTN .05%; OINT .05%	4	
betamethasone valerate CREA .1%; LOTN .1%; OINT .1%	3	
calcipotriene-betamethasone dipropionate susp 0.005- 0.064% QL (400 gm / 28 días)	5	QL PA
clobetasol propionate CREA .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
clobetasol propionate GEL .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
clobetasol propionate SOLN .05% QL (50 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
aplica a AvMed Medicare 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
clobetasol propionate e CREA .05% QL (60 gm / 30 días)	3	QL
ENSTILAR AER QL (120 gm / 30 días)	4	QL PA
fluocinolone acetonide CREA .01%, .025%; OINT .025%	3	
fluocinolone acetonide OIL .01%	4	
fluocinolone acetonide SOLN .01% QL (90 mL / 30 días)	4	QL
fluocinonide CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
fluocinonide GEL .05%; OINT .05% QL (60 gm / 30 días)	4	QL
fluocinonide SOLN .05% QL (60 mL / 30 días)	3	QL
fluocinonide emulsified base CREA .05% QL (120 gm / 30 días)	3	QL
fluticasone propionate CREA .05%; OINT .005%	3	
halobetasol propionate CREA .05%; OINT .05% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
hydrocortisone (topical) CREA 1%	1	GC
hydrocortisone (topical) CREA 2.5%; LOTN 2.5%; OINT 2.5%	2	GC
mometasone furoate CREA .1%; OINT .1%; SOLN .1%	3	
triamcinolone acetonide (topical) AERS .147mg/gm	4	
triamcinolone acetonide (topical) CREA .1% QL (454 gm / 30 días)	2	GC QL
triamcinolone acetonide (topical) CREA .025%, .5%; OINT .025%, .1%, .5%	2	GC
triamcinolone acetonide (topical) LOTN .025%, .1%	3	

ST - Terapia Escalonada **B/D** 65
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<i>FINACEA</i> FOAM 15% QL (50 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> CREA 5% QL (40 gm / 30 días)	4	QL
<i>fluorouracil (topical)</i> SOLN 2%, 5% QL (10 mL / 30 días)	3	QL
<i>hydrocortisone (rectal)</i> CREA 2.5%	3	
<i>imiquimod</i> CREA 5% QL (24 paquetes / 30 días)	3	QL
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 2% CREA 12%	2	GC
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 3% LOTN 12%	3	
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; LOTN .75%	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75%	3	
<i>NORITATE</i> CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
<i>PANRETIN</i> GEL .1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>PICATO</i> GEL .05% QL (2 tubos / 30 días)	4	QL
<i>PICATO</i> GEL .015% QL (3 tubos / 30 días)	4	QL
<i>podoфilox</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	
<i>RECTIV</i> 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
<i>TARGRETIN</i> GEL 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>VALCHLOR</i> GEL .016% QL (60 gm / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ZYCLARA PUMP</i> CREA 2.5% QL (15 gm / 30 días)	5	QL
DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS		
<i>malathion</i> LOTN .5%	4	
<i>permethrin</i> CREA 5%	3	
DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS		
<i>REGRANEX</i> GEL .01% QL (30 gm / 30 días)	5	QL PA
<i>SANTYL</i> OINT 250unit/gm	4	
<i>sodium chloride (gu irrigant)</i> SOLN .9% <i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC

PA - Autorización Previa **QL** - Cantidad Limitada
 - Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente
ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 aplica a AvMed Medicare 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** 66
LA - Disponibilidad Limitada
SI – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES		
<i>cevimeline hcl CAPS 30mg</i>	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat) SOLN .12%</i>	1	GC
<i>clotrimazole TROC 10mg QL (150 losanges / 30 días)</i>	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat) SOLN 2%</i>	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat) SUSP 100000unit/ml</i>	3	
<i>paroex SOLN .12%</i>	1	GC
<i>periogard SOLN .12%</i>	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral) TABS 5mg, 7.5mg</i>	4	
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	3	
ÓTICO		
<i>acetic acid (otic) SOLN 2%</i>	3	
<i>CIPRO HC SUS ÓTICO</i>	4	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic susp 0.3-0.1%</i>	3	
<i>flac OIL .01%</i>	4	
<i>fluocinolone acetonide (otic) OIL .01%</i>	4	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	3	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	3	
<i>ofloxacin (otic) SOLN .3%</i>	4	

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

ED - Medicamento Excluido **GC** - Cobertura de Brecha
 se aplica a AvMed Medicare 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

SI – Selectas Insulinas. No se

ÍNDICE

A	
abacavir sulfate.....	13
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	14
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg....	14
ABELCET	12
ABILITY MAINTENA.....	36
abiraterone acetate.....	18
ABRAXANE INJ 100MG.	19
acamprosate calcium.....	41
acarbose.....	42
accutane	64
acebutolol hcl.....	27
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	10
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	10
acetazolamide	28
acetic acid.....	52
acetic acid (otic).....	67
acetylcysteine	62
acitretin.....	64
ACTHIB INJ	56
ACTIMMUNE	56
acyclovir.....	15
acyclovir sodium	15
ADACEL INJ.....	56
adefovir dipivoxil.....	15
ADEMPAS	30
ADRENALIN	29
adriamycin	18
ADVAIR DISKU AER 100/50	63
ADVAIR DISKU AER 250/50	63
ADVAIR DISKU AER 500/50	63
ADVAIR HFA AER 115/21	63
ADVAIR HFA AER 230/21	63
ADVAIR HFA AER 45/21	63
AFINITOR	19
AFINITOR DISPERZ	19
afirmelle	45
AIMOVIG	39
ala-cort.....	65
albendazole	11
albuterol sulfate	61
alclometasone dipropionate	65
ALDURAZYME	48
ALECENSA	19
alendronate sodium	44
alfuzosin hcl.....	52
ALIMTA.....	18
aliskiren fumarate	29
allopurinol	9
alosetron hcl	51
ALPHAGAN P	60
alprazolam.....	30
ALREX.....	59
altavera.....	45
ALTOPREV	26
ALUNBRIG	19
ALUNBRIG PAK	19
alyacen 1/35	45
alyacen 7/7/7	45
amabelz.....	47
amantadine hcl	35
AMBISOME	12
ambrisentan.....	30
amikacin sulfate.....	11
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	28
amiloride hcl.....	28
AMINOSYN-PF INJ 7% ..	58
amiodarone hcl	25
amitriptyline hcl.....	33
amlodipine besylate.....	27
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg.....	29
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg	29
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg	22
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg	22
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg	23
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg	23

<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-20 mg</i>.....23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-40 mg</i>.....23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>	
.....24	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>	
.....24	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 23	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 23	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-12.5 mg</i>.....24	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-25 mg</i>.....24	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-320-25 mg</i>.....24	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-12.5 mg</i>.....24	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-25 mg</i>.....24	
<i>amnesteem</i>.....64	
<i>amoxapine</i>.....33	
<i>amoxicillin</i>.....16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>chew tab 200-28.5 mg</i> .16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>chew tab 400-57 mg</i>....16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
.....16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
.....16	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
.....17	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
.....17	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 250-125 mg</i>.....17	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 500-125 mg</i>.....17	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab 875-125 mg</i>.....17	
<i>amoxicillin & k clavulanate</i>	
<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
.....17	
<i>amoxicillin cap-clarithro</i>	
<i>tab-lansopraz cap dr</i>	
<i>therapy pack</i>.....51	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 10 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 15 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 20 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 25 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 30 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 5 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>10 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>12.5 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>15 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>20 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>30 mg</i>.....38	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>7.5 mg</i>.....38	
<i>amphotericin b</i>.....12	
<i>ampicillin</i>.....17	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i>.....17	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	
.....17	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i>.....17	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i>.....17	
<i>ampicillin & sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	
.....17	
<i>ampicillin sodium</i>.....17	
<i>anagrelide hcl</i>.....54	
<i>anastrozole</i>.....18	
<i>ANDRODERM</i>.....41	
<i>ANORO ELLIPT AER</i> 62.5-25	60
<i>ANTARA</i>.....26	
<i>APOKYN</i>.....35	
<i>aprepitant</i>.....50	
<i>aprepitant capsule therapy</i>	
<i>pack 80 & 125 mg</i> .....50	
<i>api</i>.....45	
<i>APTIOM</i>.....30	
<i>APTIVUS</i>.....13	
<i>ARALAST NP</i>.....62	
<i>aranelle</i>.....45	
<i>ARCALYST</i>.....56	
<i>arformoterol tartrate</i>.....61	
<i>ariprazole</i>.....36	
<i>ARISTADA</i>.....36	
<i>ARISTADA INITIO</i>	36
<i>armodafinil</i>.....41	
<i>ARNUITY ELLIPTA</i>.....63	
<i>asenapine maleate</i> .....36	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>	
<i>12hr 25-200 mg</i>.....54	

atazanavir sulfate.....	13
atenolol.....	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 100-25 mg.....	27
atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg.....	27
atomoxetine hcl.....	38
atorvastatin calcium.....	26
atovaquone.....	11
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg.....	13
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg.....	13
ATROPINE SULFATE	60
ATROVENT HFA.....	61
aubra eq	45
aurovela 1/20.....	45
aurovela fe 1.5/30.....	45
aurovela fe 1/20.....	45
AURYXIA.....	49
AUSTEDO	40
AVASTIN	19
aviane.....	45
avita.....	64
ayuna.....	45
AYVAKIT	19
azacitidine.....	18
azathioprine	56
azelaic acid.....	66
azelastine hcl.....	61
azelastine hcl (ophth).....	59
azithromycin	16
AZOPT	60
aztreonam.....	11
azurette.....	45
B	
bacitracin (ophthalmic)....	59
bacitracin-polymyxin b	
ophth oint	59
bacitracin-polymyxin-	
neomycin-hc ophth oint	
1%.....	58
baclofen.....	41
balsalazide disodium	51
BALVERSA.....	19
balziva	45
BANZEL.....	30
BARACLUDE.....	15
BASAGLAR KWIKPEN...43	
BCG VACCINE INJ.....	56
BD ALCOHOL SWABS...	43
bekyree.....	45
BELSOMRA.....	39
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
10-12.5 mg.....	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg.....	22
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg.....	23
BENAZEPRIL &	
HYDROCHLOROTHIAZI	
DE TAB 5-6.25MG	22
benazepril hcl.....	23
BENDEKA	18
BENLYSTA.....	56
benzoyl peroxide-	
erythromycin gel 5-3% ..	64
benztropine mesylate.....	35
bepotastine besilate.....	59
BEPREVE.....	59
BERINERT	54
BESIVANCE	59
betamethasone	
dipropionate (topical)...	65
betamethasone	
dipropionate augmented	
.....	65
betamethasone valerate	65
BETASERON.....	40
betaxolol hcl (ophth)	60
bethanechol chloride.....	52
BETOPTIC-S	60
BEVESPI AER 9-4.8MCG	
.....	60
bexarotene.....	19
BEXSERO INJ	56
bicalutamide.....	18
BICILLIN L-A.....	17
BIKTARVY TAB	14
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
10-6.25 mg.....	27
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
2.5-6.25 mg.....	27
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25 mg	27
bisoprolol fumarate	27
BIVIGAM.....	55
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	
.....	58
blisovi fe 1.5/30.....	45
BOOSTRIX INJ.....	56
BORTEZOMIB	19
bosentan.....	30
BOSULIF	19
BRAFTOVI	19
BREO ELLIPTA INH 100-	
25	63
BREO ELLIPTA INH 200-	
25	63
BREZTRI AERO AER	
SPHERE	60
BREZTRI AERO AER	
SPHERE	
(INSTITUTIONAL PACK)	
.....	60
briellyn	45
BRILINTA.....	54
brimonidine tartrate.....	60
brinzolamide	60
BRIVIACT	30
bromfenac sodium (ophth)	
.....	59
bromocriptine mesylate..	35
BROMSITE	59
BROVANA	61
BRUKINSA	19
budesonide	51
budesonide (inhalation) ..	63
bumetanide	28
buprenorphine hcl.....	41
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 12-3	
mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 2-0.5	
mg (base equiv)	41
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 4-1	
mg (base equiv)	41

<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl film</i> 8-2	
<i>mg (base equiv)</i> .....41	
<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl tab</i> 2-0.5	
<i>mg (base equiv)</i> .....41	
<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl tab</i> 8-2	
<i>mg (base equiv)</i> .....41	
<i>bupropion hcl</i>.....33	
<i>bupropion hcl (smoking deterrent)</i> .....41	
<i>buspirone hcl</i> .....30	
<i>butorphanol tartrate</i> .....10	
<i>BYDUREON BCISE</i>.....42	
<i>BYDUREON PEN</i>.....42	
<i>BYETTA</i>.....42	
<i>BYSTOLIC</i>.....27	
C	
<i>cabergoline</i> .....48	
<i>CABOMETYX</i> .....19	
<i>calcipotriene</i> .....64	
<i>calcipotriene-</i>	
<i>betamethasone dipropionate susp 0.005-0.064%</i>.....65	
<i>calcitonin (salmon) spray</i> 45	
<i>calcitrene</i> .....65	
<i>calcitriol</i>.....50	
<i>calcium acetate (phosphate binder)</i>.....49	
<i>CALQUENCE</i> .....19	
<i>camila</i> .....45	
<i>candesartan cilexetil</i> .....25	
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 16-12.5 mg</i>.....24	
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 32-12.5 mg</i>.....24	
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab 32-25 mg</i>.....24	
<i>CAPLYTA</i> .....36	
<i>CAPRELSA</i> .....19	
<i>captopril</i>.....23	
<i>CARB/LEVO ORALLY</i>	
<i>DISINTEGRATING TAB 10-100MG</i> .....35	
<i>CARB/LEVO ORALLY</i>	
<i>DISINTEGRATING TAB 25-100MG</i> .....35	
<i>CARB/LEVO ORALLY</i>	
<i>DISINTEGRATING TAB 25-250MG</i> .....35	
<i>CARBAGLU</i> .....48	
<i>carbamazepine</i> .....30	
<i>carbidopa</i> .....35	
<i>carbidopa & levodopa tab 10-100 mg</i> .....35	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-100 mg</i> .....35	
<i>carbidopa & levodopa tab 25-250 mg</i> .....35	
<i>carbidopa & levodopa tab er 25-100 mg</i> .....35	
<i>carbidopa & levodopa tab er 50-200 mg</i> .....35	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 12.5-50-200 mg</i> .....35	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 18.75-75-200 mg</i> .....35	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 25-100-200 mg</i> .....35	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 31.25-125-200 mg</i> .....35	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 37.5-150-200 mg</i> .....35	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone tabs 50-200-200 mg</i> .....35	
<i>carboplatin</i> .....18	
<i>carteolol hcl (ophth)</i> .....60	
<i>cartia xt</i> .....27	
<i>carvedilol</i> .....27	
<i>caspofungin acetate</i> .....12	
<i>CAYSTON</i> .....11	
<i>caziant</i> .....45	
<i>cefaclor</i> .....15	
<i>CEFACLOR ER</i> .....15	
<i>cefadroxil</i> .....15	
<i>CEFAZOLIN INJ</i>	
<i>1GM/50ML</i> .....15	
<i>cefazolin sodium</i> .....15	
<i>CEFAZOLIN SOLN</i>	
<i>2GM/100ML-4%</i> .....15	
<i>cefdinir</i> .....15	
<i>cefepime hcl</i> .....15	
<i>cefixime</i> .....15	
<i>cefoxitin sodium</i> .....15	
<i>cefodoxime proxetil</i> .....15	
<i>cefprozil</i> .....15	
<i>ceftazidime</i> .....15	
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i>	
<i>1GM</i> .....16	
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i>	
<i>2GM</i> .....16	
<i>ceftriaxone sodium</i> .....16	
<i>cefuroxime axetil</i> .....16	
<i>cefuroxime sodium</i> .....16	
<i>celecoxib</i> .....9	
<i>CELONTIN</i> .....30	
<i>cephalexin</i> .....16	
<i>CERDELGA</i> .....48	
<i>CEREZYME</i> .....48	
<i>cetirizine hcl</i> .....61	
<i>cevimeline hcl</i> .....67	
<i>CHANTIX</i> .....41	
<i>CHANTIX CONTINUING MONTH</i> .....41	
<i>CHANTIX PAK 0.5& 1MG</i>	
.....41	
<i>chateal</i> .....45	
<i>CHEMET</i> .....45	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> .....67	
<i>chloroquine phosphate</i> ..13	
<i>chlorpromazine hcl</i> .....36	
<i>CHLORPROMAZINE HYDROCHLOR</i> .....36	
<i>chlorthalidone</i> .....28	
<i>cholestyramine</i> .....26	
<i>cholestyramine light</i> .....26	
<i>choline fenofibrate</i> .....26	
<i>ciclopirox olamine</i> .....64	
<i>cilstostazol</i> .....54	
<i>CILOXAN</i> .....59	
<i>CIMDUO TAB 300-300</i> ..14	
<i>cinacalcet hcl</i> .....48	
<i>CIPRO</i> .....16	
<i>CIPRO HC SUS OTIC</i> ....67	

<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i>	.....	31
<i>in d5w</i>	16	
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i>	.....	16
<i>in d5w</i>	16	
<i>ciprofloxacin hcl</i>	16	
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..	59	
<i>ciprofloxacin-</i>		
<i>dexamethasone otic susp</i>		
<i>0.3-0.1%</i>	67	
<i>cisplatin</i>	18	
<i>citalopram hydrobromide</i> 33		
<i>claravis</i>	64	
<i>clarithromycin</i>	16	
<i>clindamycin hcl</i>	11	
<i>clindamycin palmitate</i>		
<i>hydrochloride</i>	11	
<i>clindamycin phosphate</i> ...11		
<i>clindamycin phosphate</i>		
(<i>topical</i>)	64	
<i>clindamycin phosphate in</i>		
<i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i>	.....	11
<i>clindamycin phosphate in</i>		
<i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i>	.....	11
<i>clindamycin phosphate in</i>		
<i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i>	.....	11
<i>clindamycin phosphate</i>		
<i>vaginal</i>	53	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>		
<i>300/50ML</i>	11	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>		
<i>600/50ML</i>	11	
<i>CLINDMYC/NAC INJ</i>		
<i>900/50ML</i>	11	
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D10</i> ..58		
<i>CLINIMIX INJ 4.25/D5W</i> .58		
<i>CLINIMIX INJ 5%/D15W</i> .58		
<i>CLINIMIX INJ 5%/D20W</i> .58		
<i>CLINIMIX INJ 6/5</i>.....58		
<i>CLINIMIX INJ 8/10</i>.....58		
<i>CLINIMIX INJ 8/14</i>.....58		
<i>clinisol sf 15%</i>.....58		
<i>CLINOLIPID EMU 20%</i> ...58		
<i>clobazam</i>	30	
<i>clobetasol propionate</i>....65		
<i>clobetasol propionate e</i> ...65		
<i>clomipramine hcl</i>.....33		
<i>clonazepam</i>	30, 31	
<i>clonidine</i>	29	
<i>clonidine hcl</i>	29	
<i>clopidogrel bisulfate</i>	54	
<i>clorazepate dipotassium</i> .31		
<i>clotrimazole</i>	67	
<i>clotrimazole (topical)</i>.....64		
<i>clotrimazole w/</i>		
<i>betamethasone cream 1-</i>		
<i>0.05%</i>	64	
<i>clozapine</i>	36	
<i>COARTEM TAB 20-120MG</i>		
.....	13	
<i>colchicine</i>	9	
<i>colchicine w/ probenecid</i>		
<i>tab 0.5-500 mg</i>	9	
<i>colesevelam hcl</i>	26	
<i>colestipol hcl</i>	26	
<i>colistimethate sodium</i> ....11		
<i>COMBIGAN SOL 0.2/0.5%</i>		
.....	60	
<i>COMBIVENT AER 20-100</i>		
.....	60	
<i>COMETRIQ (60MG DOSE)</i>		
.....	20	
<i>COMETRIQ KIT 100MG</i> .20		
<i>COMETRIQ KIT 140MG</i> .20		
<i>COMPLERA TAB</i>.....14		
<i>compro</i>	50	
<i>constulose</i>	51	
<i>COPIKTRA</i>	20	
<i>CORLANOR</i>	29	
<i>cortisone acetate</i>	48	
<i>COTELLIC</i>	20	
<i>CREON CAP 12000UNT</i> 52		
<i>CREON CAP 24000UNT</i> 52		
<i>CREON CAP 3000UNIT</i> .52		
<i>CREON CAP 36000UNT</i> 52		
<i>CREON CAP 6000UNIT</i> .52		
<i>CRIXIVAN</i>	13	
<i>cromolyn sodium</i>.....62		
<i>cromolyn sodium</i>		
(<i>mastocytosis</i>).....51		
<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 59		
<i>cryselle-28</i>	45	
<i>cyanocobalamin</i>.....60		
<i>cyclafem 1/35</i>	45	
<i>cyclafem 7/7/7</i>	45	
<i>cyclobenzaprine hcl</i>.....41		
<i>cyclophosphamide</i>	18	
CYCLOPHOSPHAMIDE .18		
<i>cycloserine</i>	14	
<i>cyclosporine</i>	56	
<i>cyclosporine modified (for</i>		
<i>microemulsion)</i>.....56		
<i>cyproheptadine hcl</i>.....61		
<i>cyred eq</i>	45	
CYSTADANE POW	48	
CYSTADROPS	60	
CYSTAGON	48	
CYSTARAN	60	
<i>cytarabine</i>	18	
D		
<i>D10W/NACL INJ 0.2%</i>....57		
<i>D2.5W/NACL INJ 0.45%</i> .57		
<i>D5W/LYTES INJ #48</i>	57	
<i>D5W/NACL INJ 0.3%</i>....57		
<i>dalfampridine</i>	40	
<i>DALIRESP</i>	62	
<i>danazol</i>	47	
<i>dantrolene sodium</i>	41	
<i>dapsone</i>	11	
<i>DAPTACEL INJ</i>	56	
<i>daptomycin</i>	11	
DAPTO MYCIN	11	
<i>darifenacin hydrobromide</i>		
.....	52	
<i>dasetta 1/35</i>	45	
<i>dasetta 7/7/7</i>	45	
DAURISMO	20	
<i>deblitane</i>	45	
<i>deferasirox</i>	45	
<i>DELESTROGEN</i>	47	
<i>DELSTRIGO TAB</i>	14	
<i>DESCOVY TAB 200/25MG</i>		
.....	14	
<i>desipramine hcl</i>	33	
<i>desloratadine</i>	61	
<i>desmopressin acetate</i>....49		
<i>desmopressin acetate</i>		
<i>spray</i>	49	
<i>desmopressin acetate</i>		
<i>spray refrigerated</i>.....49		
<i>desogest-eth estrad & eth</i>		
<i>estradiol tab 0.15-0.02/0.01</i>		
<i>mg(21/5)</i>.....45		

<i>desogestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>	45
<i>desvenlafaxine succinate</i>	33
<i>dexamethasone</i>	48
DEXAMETHASONE INTENSOL	48
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	48
<i>dexamethasone sodium phosphate (ophth)</i>	59
DEXILANT	52
<i>dexamethylphenidate hcl</i>	38
<i>dextrose</i>	58
<i>dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>dextrose 5% in lactated ringers</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.225%</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.3%</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%</i>	57
<i>dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%</i>	57
DIACOMIT	31
<i>diazepam</i>	31
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	31
<i>diazepam inj</i>	31
<i>diazoxide</i>	48
<i>diclofenac potassium</i>	9
<i>diclofenac sodium</i>	9
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	59
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	66
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 50-0.2 mg</i>	9
<i>diclofenac w/ misoprostol tab delayed release 75-0.2 mg</i>	9
<i>dicloxacillin sodium</i>	17
<i>dicyclomine hcl</i>	51
DIFICID	16
<i>diflunisal</i>	9
<i>digitek</i>	29
<i>digox</i>	29
<i>digoxin</i>	29
<i>dihydroergotamine mesylate</i>	39
DILANTIN	31
DILANTIN INFATABS	31
DILANTIN-125	31
<i>diltiazem hcl</i>	27, 28
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	28
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	28
<i>diltiazem xr</i>	27
DIP/TET PED INJ 25-5LFU	56
<i>diphenhydramine hcl</i>	61
<i>diphenoxylate w/ atropine liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	51
<i>diphenoxylate w/ atropine tab 2.5-0.025 mg</i>	51
<i>dipyridamole</i>	54
<i>disopyramide phosphate</i>	25
<i>disulfiram</i>	41
<i>divalproex sodium</i>	31
<i>docetaxel</i>	19
DOCETAXEL	19
<i>dofetilide</i>	25
<i>donepezil hydrochloride</i>	33
DOPTELET	54
<i>dorzolamide hcl</i>	60
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	60
<i>dotti</i>	47
DOVATO TAB 50-300MG	14
<i>doxazosin mesylate</i>	23
<i>doxepin hcl</i>	34
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	39
<i>doxercalciferol</i>	50
<i>doxorubicin hcl</i>	18
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	18
<i>doxy 100</i>	17
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	17
<i>doxycycline hydrate</i>	17
DRIZALMA SPRINKLE	34
<i>dronabinol</i>	50
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg</i>	45
<i>drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg</i>	45
DROXIA	54
<i>droxidopa</i>	29
<i> duloxetine hcl</i>	34
DUREZOL	59
<i>dutasteride</i>	52
<i>dutasteride-tamsulosin hcl cap 0.5-0.4 mg</i>	52
E	
<i>e.e.s. 400</i>	16
<i>ec-naproxen</i>	9
EDARBI	25
EDARBYCLOR TAB 40-12.5	24
EDARBYCLOR TAB 40-25MG	24
EDURANT	13
<i>efavirenz</i>	13
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	14
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	14
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	14
<i>elinest</i>	45
ELIQUIS	53
ELIQUIS STARTER PACK	53
ELLA	45
<i>eluryng</i>	45
EMCYT	18
EMEND	50
<i>emoquette</i>	46
EMSAM	34
<i>emtricitabine</i>	13
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	14

emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
133-200 mg.....	14
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
167-250 mg.....	14
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
200-300 mg.....	14
EMTRIVA.....	13
EMVERM.....	11
enalapril maleate	23
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
10-25 mg.....	23
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
5-12.5 mg.....	23
ENBREL	54
ENBREL MINI.....	54
ENBREL SURECLICK....	55
ENDARI	54
endocet tab 10-325mg....	10
endocet tab 2.5-325mg...	10
endocet tab 5-325mg....	10
endocet tab 7.5-325mg...	10
ENGERIX-B.....	56
enoxaparin sodium	53
enpresse-28.....	46
enskyce	46
ENSTILAR AER.....	65
entacapone.....	35
entecavir.....	15
ENTRESTO TAB 24-26MG	
.....	24
ENTRESTO TAB 49-51MG	
.....	24
ENTRESTO TAB 97-	
103MG	24
enulose	51
EPCLUSA TAB 200-50MG	
.....	15
EPCLUSA TAB 400-100.15	
EPIDIOLEX.....	31
epinephrine (anaphylaxis)	
.....	62
epirubicin hcl.....	18
epitol.....	31
EPIVIR HBV	15
eplerenone.....	23
ergocalciferol	60
ergotamine w/ caffeine tab	
1-100 mg.....	39
ERIVEDGE	20
ERLEADA.....	18
erlotinib hcl	20
errin	46
ertapenem sodium.....	11
ery.....	64
ery-tab	16
ERYTHROGIN	
LACTOBIONATE	16
erythrocin stearate	16
erythromycin (acne aid) ..	64
erythromycin (ophth).....	59
erythromycin base	16
erythromycin ethylsuccinate	
.....	16
ESBRIET	62
escitalopram oxalate	34
esomeprazole magnesium	
.....	52
estarrylla	46
estradiol	47
estradiol & norethindrone	
acetate tab 0.5-0.1 mg	47
estradiol & norethindrone	
acetate tab 1-0.5 mg ..	47
estradiol vaginal.....	48
estradiol valerate	48
ethambutol hcl	14
ethosuximide.....	31
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-35 mcg	46
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-50 mcg	46
etodolac	9
etonogestrel-ethinyl	
estradiol va ring 0.120-	
0.015 mg/24hr.....	46
etoposide	19
etravirine.....	13
euthyrox.....	50
everolimus	20
everolimus	
(immunosuppressant) .	56
EVOTAZ TAB 300-150 ..	14
exemestane	18
EZALLOR SPRINKLE....	26
ezetimibe	26
ezetimibe-simvastatin tab	
10-10 mg	26
ezetimibe-simvastatin tab	
10-20 mg	26
ezetimibe-simvastatin tab	
10-40 mg	27
ezetimibe-simvastatin tab	
10-80 mg	27
F	
FABRAZYME	49
falmina	46
famciclovir.....	15
famotidine	51
famotidine in nacl 0.9% iv	
soln 20 mg/50ml.....	51
FANAPT	36
FANAPT PAK	36
FARXIGA.....	42
FARYDAK	20
FASENRA	62
FASENRA PEN	62
felbamate	31
felodipine	28
femynor.....	46
fenofibrate	26
fenofibrate micronized ..	26
fentanyl	9
fentanyl citrate	10
FETZIMA	34
FETZIMA CAP TITRATIO	
.....	34
FIASP FLEX INJ TOUCH43	
FIASP INJ 100/ML	43
FIASP PENFIL INJ U-100	
.....	43
FINACEA	66
finasteride	52
FINTEPLA.....	31
flac	67
FLAREX	59
FLEBOGAMMA DIF.....	55
flecainide acetate	26
FLOVENT DISKUS.....	63
FLOVENT HFA.....	63
fluconazole.....	12

<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>200 mg/100ml</i>	12
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>400 mg/200ml</i>	12
<i>flucytosine</i>	12
<i>fludrocortisone acetate</i>	48
<i>flunisolide (nasal)</i>	63
<i>fluocinolone acetonide</i>	65
<i>fluocinolone acetonide</i>	
<i>(otic)</i>	67
<i>fluocinonide</i>	65
<i>fluocinonide emulsified</i>	
<i>base</i>	65
<i>fluorometholone (ophth)</i>	59
<i>fluorouracil</i>	18
<i>fluorouracil (topical)</i>	66
<i>fluoxetine hcl</i>	34
<i>fluphenazine decanoate</i>	36
<i>fluphenazine hcl</i>	36
<i>flurbiprofen</i>	9
<i>flurbiprofen sodium</i>	59
<i>flutamide</i>	18
<i>fluticasone propionate</i>	65
<i>fluticasone propionate</i>	
<i>(nasal)</i>	63
<i>fluvastatin sodium</i>	26
<i>fluvoxamine maleate</i>	30
<i>folic acid</i>	60
<i>fondaparinux sodium</i>	53
<i>formoterol fumarate</i>	61
<i>FORTEO</i>	45
<i>FOSAMAX + D TAB 70-</i>	
<i>2800</i>	45
<i>FOSAMAX + D TAB 70-</i>	
<i>5600</i>	45
<i>fosamprenavir calcium</i>	13
<i>fosinopril sodium</i>	23
<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	23
<i>fosinopril sodium &</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	23
<i>FOTIVDA</i>	20
<i>FRAGMIN</i>	53
<i>FREAMINE HBC INJ 6.9%</i>	
<i>.....</i>	58
<i>FREAMINE III INJ 10%</i>	58
<i>frovatriptan succinate</i>	39
<i>fulvestrant</i>	18
<i>furosemide</i>	28
<i>furosemide inj</i>	28
<i>FUZEON</i>	13
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
<i>.....</i>	48
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	48
<i>FYCOMPA</i>	31
G	
<i> gabapentin</i>	31
<i> galantamine hydrobromide</i>	
<i>.....</i>	33
<i> GAMASTAN INJ</i>	55
<i> GAMMAGARD LIQUID</i>	55
<i> GAMMAGARD S/D IGA</i>	
<i> LESS TH</i>	55
<i> GAMMAKED</i>	56
<i> GAMMAPLEX</i>	56
<i> GAMUNEX-C</i>	56
<i> ganciclovir sodium</i>	15
<i> GARDASIL 9 INJ</i>	56
<i> gatifloxacin (ophth)</i>	59
<i> GATTEX</i>	51
<i> GAUZE PADS 2</i>	43
<i> gavilyte-c</i>	51
<i> gavilyte-g</i>	51
<i> gavilyte-n/flavor pack</i>	51
<i> GAVRETO</i>	20
<i> gemcitabine hcl</i>	18
<i> gemfibrozil</i>	26
<i> generlac</i>	51
<i> gengraf</i>	56
<i> GENOTROPIN</i>	49
<i> GENOTROPIN MINIQUICK</i>	
<i>.....</i>	49
<i> gentak</i>	59
<i> gentamicin in saline inj 0.8</i>	
<i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj 1</i>	
<i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj 1.2</i>	
<i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj 1.6</i>	
<i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin in saline inj 2</i>	
<i> mg/ml</i>	11
<i> gentamicin sulfate</i>	11
<i> gentamicin sulfate (ophth)</i>	
<i>.....</i>	59
<i> gentamicin sulfate (topical)</i>	
<i>.....</i>	64
<i> GENVOYA TAB</i>	14
<i> gianvi</i>	46
<i> GILENYA</i>	40
<i> GILOTrif</i>	20
<i> glatiramer acetate</i>	40
<i> glatopa</i>	40
<i> glimepiride</i>	42
<i> glipizide</i>	42
<i> glipizide xl</i>	42
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i> 2.5-250 mg</i>	42
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i> 2.5-500 mg</i>	42
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i> 5-500 mg</i>	42
<i> glycopyrrolate</i>	51
<i> glydo</i>	66
<i> GLYXAMBI TAB 10-5 MG</i>	
<i>.....</i>	42
<i> GLYXAMBI TAB 25-5 MG</i>	
<i>.....</i>	42
<i> GOLYTELY SOL</i>	51
<i> GRALISE</i>	40
<i> granisetron hcl</i>	50
<i> griseofulvin microsize</i>	12
<i> griseofulvin ultramicrosize</i>	
<i>.....</i>	12
<i> guanfacine hcl</i>	29
<i> guanfacine hcl (adhd)</i>	39
<i> GVOKE HYPOEN 2-</i>	
<i> PACK</i>	48
<i> GVOKE PFS</i>	48
H	
<i> HAEGARDA</i>	54
<i> hailey 1.5/30</i>	46
<i> halobetasol propionate</i>	65
<i> haloperidol</i>	36
<i> haloperidol decanoate</i>	36
<i> haloperidol lactate</i>	36
<i> HARVONI PAK 33.75-</i>	
<i> 150MG</i>	15
<i> HARVONI PAK 45-200MG</i>	
<i>.....</i>	15
<i> HARVONI TAB 45-200MG</i>	
<i>.....</i>	15
<i> HARVONI TAB 90-400MG</i>	
<i>.....</i>	15

HAVRIX	56	INGREZZA CAP 40-80MG	40
heather	46	INLYTA	20
HEP SOD/NACL INJ		INQOVI TAB 35-100MG	19
25000UNT.....	53	INREBIC	20
heparin sodium (porcine).....	53	INSULIN SAFETY	
heparin sodium (porcine)		NEEDLES	44
100 unit/ml in d5w.....	53	INSULIN SYRINGES:	
heparin sodium (porcine)-		BD/ULTIMED/ALLISON/	
dextrose iv sol 20000		TRIVIDIA/MHC	44
unit/500ml-5%.....	53	INTELENCE	13
heparin sodium (porcine)-		INTRALIPID	58
dextrose iv sol 25000		INTRON A	56
unit/500ml-5%.....	53	intovale	46
HEPARIN/NACL INJ		INVEGA SUSTENNA	36
25000UNT.....	53	INVEGA TRINZA	36
hepatamine	58	INVIRASE	13
HERCEP HYLEC SOL 60-		IPOL INJ INACTIVE	57
10000	20	ipratropium bromide	61
HERCEPTIN	20	ipratropium bromide (nasal)	
HERZUMA	20	.....	61
HETLIOZ	39	ipratropium-albuterol nebu	
HIBERIX	56	soln 0.5-2.5(3) mg/3ml/60	
HUMIRA	55	irbesartan	25
HUMIRA PEDIA INJ		irbesartan-	
CROHNS	55	hydrochlorothiazide tab	
HUMIRA PEDIATRIC		150-12.5 mg	24
CROHNS D	55	irbesartan-	
HUMIRA PEN	55	hydrochlorothiazide tab	
HUMIRA PEN KIT PS/UV		300-12.5 mg	24
.....	55	IRESSA	20
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		irinotecan hcl	19
START	55	ISENTRESS	13
HUMIRA PEN-PEDIATRIC		ISENTRESS HD	13
UC S	55	isibloom	46
HUMIRA PEN-PS/UV		ISOLYTE-P INJ /D5W	57
STARTER	55	ISOLYTE-S INJ.....	57
HUMULIN R U-500		isoniazid	14
(CONCENTR.....	44	ISOPTO ATROPINE	60
HUMULIN R U-500		isosorbide dinitrate	29
KWIKPEN	44	isosorbide mononitrate ..	30
hydralazine hcl.....	29	isotretinoin	64
hydrochlorothiazide.....	28	isradipine	28
hydrocodone bitartrate.....	9	itraconazole	12
hydrocodone-		ivermectin	11
acetaminophen soln 7.5-		IXIARO INJ	57
325 mg/15ml	10	J	
hydrocodone-		JAKAFI	20
acetaminophen tab 10-		jantoven	53
325 mg.....	10		

JANUMET TAB 50-1000	42
JANUMET TAB 50-500MG	42
JANUMET XR TAB 100-1000	42
JANUMET XR TAB 50-1000	42
JANUMET XR TAB 50-500MG	42
JANUVIA	42
JARDIANCE	42
<i>jasmiel</i>	46
JENTADUETO TAB 2.5-1000	42
JENTADUETO TAB 2.5-500	42
JENTADUETO TAB 2.5-850	42
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG	42
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG	42
<i>jinteli</i>	48
<i>jolessa</i>	46
<i>juleber</i>	46
JULUCA TAB 50-25MG	14
<i>junel 1.5/30</i>	46
<i>junel 1/20</i>	46
<i>junel fe 1.5/30</i>	46
<i>junel fe 1/20</i>	46
JUXTAPID	27
K	
KADCYLA	20
KALETRA TAB 100-25MG	14
KALETRA TAB 200-50MG	14
KALYDECO	62
KANJINTI	20
<i>kariva</i>	46
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i>	57
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i>	57
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	57
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj</i>	57
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2	57
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9%	57
<i>kelnor 1/35</i>	46
<i>kelnor 1/50</i>	46
<i>ketococonazole</i>	12
<i>ketococonazole (topical)</i>	64, 65
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i>	59
KEYTRUDA	20
KINRIX INJ	57
KISQALI	20
KISQALI 200 PAK FEMARA	19
KISQALI 400 PAK FEMARA	19
KISQALI 600 PAK FEMARA	19
<i>klor-con</i>	58
<i>klor-con 10</i>	58
<i>klor-con 8</i>	58
<i>klor-con m10</i>	58
<i>klor-con m15</i>	58
<i>klor-con m20</i>	58
KORLYM	49
KRISTALOSE	51
<i>kurvelo</i>	46
KYNMOBI	35
L	
<i>labetalol hcl</i>	27
<i>lactated ringer's solution</i>	57
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i>	66
<i>lactulose</i>	51
<i>lactulose (encephalopathy)</i>	51
<i>lamivudine</i>	13
<i>lamivudine (hbv)</i>	15
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	14
<i>lamotrigine</i>	31
<i>lansoprazole</i>	52
<i>lapatinib ditosylate</i>	20
<i>larin 1.5/30</i>	46
<i>larin 1/20</i>	46
<i>larin fe 1.5/30</i>	46
<i>larin fe 1/20</i>	46
<i>larissa</i>	46
LASTACRAFT	60
<i>latanoprost</i>	60
LATUDA	37
<i>leena</i>	46
<i>leflunomide</i>	55
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 12MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE	21
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE	20
LENVIMA CAP 14 MG	21
LENVIMA CAP 18 MG	21
LENVIMA CAP 24 MG	21
<i>lessina</i>	46
<i>letrozole</i>	18
<i>leucovorin calcium</i>	22
LEUKERAN	18
<i>leuprolide acetate</i>	18
<i>levalbuterol hcl</i>	61
<i>levalbuterol tartrate</i>	61
LEVEMIR	44
LEVEMIR FLEXTOUCH	44
<i>levetiracetam</i>	31
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	32
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	32

<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>.....31	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>.....23	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....18
<i>levobunolol hcl</i>.....60	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>.....23	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....18
<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i>.....49	<i>lisinopril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i>.....23	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....49
<i>levocetirizine dihydrochloride</i>.....61	LITHIUM.....40	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....49
<i>levofloxacin</i>.....16	<i>lithium carbonate</i>.....40	<i>lutera</i>.....46
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i>.....16	<i>LIVALO</i>.....26	<i>lyleq</i>.....46
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i>.....16	<i>loestrin 1.5/30-21</i>.....46	<i>lyllana</i>.....48
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i>.....16	<i>loestrin 1/20-21</i>.....46	LYNPARZA.....21
<i>levonest</i>.....46	<i>loestrin fe 1.5/30</i>.....46	LYRICA CR.....40
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i>.....46	<i>loestrin fe 1/20</i>.....46	LYSODREN.....18
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i>.....46	<i>LOKELMA</i>.....45	<i>lyza</i>.....46
<i>levonorgestrel & ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i>.....46	<i>LONSURF TAB 15-6.14</i>.....19	M
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i>.....46	<i>LONSURF TAB 20-8.19</i>.....19	<i>magnesium sulfate</i>.....58
<i>levora 0.15/30-28</i>.....46	<i>loperamide hcl</i>.....52	MAGNESIUM SULFATE.....57
<i>levo-t</i>.....50	<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>.....14	<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i>.....58
<i>levothyroxine sodium</i>.....50	<i>lopinavir-ritonavir tab 100-25 mg</i>.....14	<i>malathion</i>.....66
<i>levoxyl</i>.....50	<i>lopinavir-ritonavir tab 200-50 mg</i>.....14	<i>marlissa</i>.....46
<i>LEXIVA</i>.....13	<i>lopreeza</i>.....48	MARPLAN.....34
<i>lidocaine</i>.....66	<i>lorazepam</i>.....30	MATULANE.....19
<i>lidocaine hcl</i>.....66	<i>lorazepam intensol</i>.....30	<i>matzim la</i>.....28
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i>.....11	<i>LORBRENA</i>.....21	MAVYRET TAB 100-40MG.....15
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i>.....67	<i>loryna</i>.....46	<i>meclizine hcl</i>.....50
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i>.....66	<i>losartan potassium</i>.....25	<i>medroxyprogesterone acetate</i>.....49
<i>lillow</i>.....46	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i>.....24	<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i>.....46
<i>linezolid</i>.....11, 12	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i>.....24	<i>mefloquine hcl</i>.....13
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i>.....12	<i>losartan potassium & hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i>.....24	<i>megestrol acetate</i>.....18, 49
<i>LINZESS</i>.....52	<i>LOTEMAX</i>.....59	<i>megestrol acetate (appetite)</i>.....49
<i>liothyronine sodium</i>.....50	<i>lovastatin</i>.....26	MEKINIST.....21
<i>lisinopril</i>.....23	<i>low-ogestrel</i>.....46	MEKTOVI.....21
	<i>loxapine succinate</i>.....37	<i>meloxicam</i>.....9
	<i>LUMAKRAS</i>.....21	<i>memantine hcl</i>.....33
	<i>LUMIGAN</i>.....60	MENACTRA INJ.....57
	<i>LUMIZYME</i>.....49	MENQUADFI INJ.....57
		MENVEO INJ.....57
		<i>mercaptopurine</i>.....18
		<i>meropenem</i>.....12
		<i>mesalamine</i>.....51
		<i>mesalamine w/ cleanser</i>.....51
		MESNEX.....22

<i>metadate er</i>	39
<i>metformin hcl</i>	42
<i>methadone hcl</i>	9
<i>methadone hydrochloride i9</i>	
<i>methazolamide</i>	28
<i>methenamine hippurate ..12</i>	
<i>methimazole</i>	50
<i>methotrexate sodium 18, 55</i>	
METHYLDOPA	29
<i>methylphenidate hcl.....39</i>	
<i>methylprednisolone.....48</i>	
<i>methylprednisolone acetate</i>	48
<i>methylprednisolone sod succ.....48</i>	
<i>metoclopramide hcl.....50</i>	
<i>metolazone.....28</i>	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-25 mg.....27</i>	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 100-50 mg.....27</i>	
<i>metoprolol & hydrochlorothiazide tab 50-25 mg.....27</i>	
<i>metoprolol succinate.....27</i>	
<i>metoprolol tartrate.....27</i>	
<i>metronidazole .....12</i>	
<i>metronidazole (topical) ...66</i>	
<i>metronidazole in nacl 0.79% iv soln 500 mg/100ml</i>	12
<i>metronidazole vaginal....53</i>	
<i>metyrosine</i>	29
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML	58
<i>micafungin sodium.....12</i>	
<i>microgestin 1.5/30</i>	46
<i>microgestin 1/20</i>	46
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	46
<i>microgestin fe 1/20</i>	46
<i>midodrine hcl</i>	29
<i>miglustat</i>	49
<i>mili</i>	46
<i>mimvey</i>	48
<i>minitran.....30</i>	
<i>minocycline hcl</i>	17
<i>minoxidil.....29</i>	
<i>mirtazapine</i>	34
<i>misoprostol</i>	52
<i>MITIGARE</i>	9
<i>M-M-R II INJ</i>	57
<i>M-NATAL PLUS TAB.....58</i>	
<i>modafinil</i>	41
<i>moexipril hcl.....23</i>	
<i>molindone hcl.....37</i>	
<i>mometasone furoate.....65</i>	
<i>monodoxine nl</i>	17
<i>MONJUVI</i>	21
<i>mono-linyah</i>	46
<i>montelukast sodium.....62</i>	
<i>morphine sulfate</i>	10
MORPHINE SULFATE ...10	
<i>MOVANTIK</i>	52
<i>moxifloxacin hcl</i>	16
<i>moxifloxacin hcl (ophth) ..59</i>	
<i>moxifloxacin hcl 400 mg/250ml in sodium chloride 0.8% inj.....16</i>	
MOXIFLOXACIN HYDROCHLORID	16
MULTAQ.....26	
<i>mupirocin</i>	64
<i>MVASI</i>	21
<i>mycophenolate mofetil....56</i>	
<i>mycophenolate sodium...56</i>	
<i>myorisan</i>	64
<i>MYRBETRIQ</i>	52, 53
N	
<i>nabumetone.....9</i>	
<i>nadolol</i>	27
<i>nafcillin sodium</i>	17
<i>NAGLAZYME.....49</i>	
<i>nalbuphine hcl.....10</i>	
<i>naloxone hcl</i>	41
<i>naltrexone hcl</i>	41
<i>NAMZARIC CAP 14-10MG</i>	33
<i>NAMZARIC CAP 21-10MG</i>	33
<i>NAMZARIC CAP 28-10MG</i>	33
<i>NAMZARIC CAP 7-10MG</i>	33
<i>NAMZARIC CAP PACK ..33</i>	
<i>naproxen.....9</i>	
<i>naproxen sodium</i>	9
<i>naratriptan hcl.....39</i>	
<i>NARCAN.....41</i>	
<i>NATACYN.....59</i>	
<i>nateglinide</i>	43
<i>NATPARA.....45</i>	
<i>NAYZILAM.....32</i>	
<i>necon 0.5/35-28.....46</i>	
<i>nefazodone hcl</i>	34
<i>neomycin sulfate</i>	12
<i>neomycin-bacitrac zn-polymyx 5(3.5)mg-400unt-1000unt op oin</i>	59
<i>neomycin-polomy-gramicid op sol 1.75-10000-0.025mg-unt-mg/ml ....59</i>	
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth oint 0.1%</i>	59
<i>neomycin-polymyxin-dexamethasone ophth susp 0.1%</i>	59
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp.....59</i>	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic soln 1%</i>	67
<i>neomycin-polymyxin-hc otic susp 3.5 mg/ml-10000 unit/ml-1%</i>	67
NERLYNX.....21	
NEUPRO	35
<i>nevirapine</i>	13
NEXAVAR.....21	
<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	27
<i>nicardipine hcl.....28</i>	
NICOTROL INHALER.....41	
NICOTROL NS	41
<i>nifedipine</i>	28
<i>nikki</i>	46
<i>nilutamide</i>	18
<i>nimodipine</i>	28
NINLARO.....21	
<i>nisoldipine</i>	28
<i>nitazoxanide.....12</i>	
<i>nitisinone</i>	49
NITRO-BID	30
NITRO-DUR.....30	

<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	44
.....	12
<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i>macro</i>	12
<i>nitroglycerin</i>	30
<i>nizatidine</i>	51
<i>nora-be</i>	46
<i>norethindrone</i>	
(<i>contraceptive</i>)	46
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	46
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 1.5 mg-30</i>	
<i>mcg</i>	46
<i>norethindrone ace & ethinyl</i>	
<i>estradiol-fe tab 1 mg-20</i>	
<i>mcg</i>	46
<i>norethindrone acetate</i>	49
<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 0.5</i>	
<i>mg-2.5 mcg</i>	48
<i>norethindrone acetate-</i>	
<i>ethinyl estradiol tab 1</i>	
<i>mg-5 mcg</i>	48
<i>norgestimate & ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 0.25 mg-35</i>	
<i>mcg</i>	47
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>0.18-25/0.215-25/0.25-25</i>	
<i>mg-mcg</i>	47
<i>norgestimate-eth estrad tab</i>	
<i>0.18-35/0.215-35/0.25-35</i>	
<i>mg-mcg</i>	47
<i>NORITATE</i>	66
<i>norlyroc</i>	47
<i>NORPACE CR</i>	26
<i>NORTHERA</i>	29
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i>	47
<i>nortrel 1/35 (21)</i>	47
<i>nortrel 1/35 (28)</i>	47
<i>nortrel 7/7/7</i>	47
<i>nortriptyline hcl</i>	34
<i>NORVIR</i>	13
<i>NOVOLIN INJ 70/30</i>	44
<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i>	44
<i>NOVOLIN N</i>	44
<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i>	44
<i>NOVOLIN R</i>	44
<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i>	44
<i>NOVOLOG</i>	44
<i>NOVOLOG FLEXPEN</i>	44
<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i>	
.....	44
<i>NOVOLOG MIX INJ</i>	
<i>FLEXPEN</i>	44
<i>NOVOLOG PENFILL</i>	44
<i>NOXAFILE</i>	12
<i>NUBEQA</i>	18
<i>NUDEXTA CAP 20-10MG</i>	
.....	40
<i>NULOJIX</i>	56
<i>NULYTELY SOL</i>	
<i>LMN/LIME</i>	51
<i>NUPLAZID</i>	37
<i>NUTRILIPID</i>	58
<i>nyamyc</i>	64
<i>nylia 7/7/7</i>	47
<i>NYMALIZE</i>	28
<i>nymyo</i>	47
<i>nystatin</i>	12
<i>nystatin (mouth-throat)</i>	67
<i>nystatin (topical)</i>	64
<i>nystop</i>	64
O	
<i>ocella</i>	47
<i>OCTAGAM</i>	56
<i>octreotide acetate</i>	49
<i>ODEFSEY TAB</i>	14
<i>ODOMZO</i>	21
<i>OFEV</i>	62
<i>ofloxacin (ophth)</i>	59
<i>ofloxacin (otic)</i>	67
<i>OGIVRI</i>	21
<i>OGIVRI INJ 420MG</i>	21
<i>olanzapine</i>	37
<i>olmesartan medoxomil</i>	25
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	24
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-12.5 mg</i>	24
<i>olmesartan medoxomil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-25 mg</i>	24
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-5-12.5 mg</i>	24
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-10-12.5 mg</i>	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-10-25 mg</i>	25
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-5-12.5 mg</i>	24
<i>olmesartan-amlodipine-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>40-5-25 mg</i>	24
<i>olopatadine hcl</i>	60
<i>olopatadine hcl (nasal)</i>	61
<i>omeprazole</i>	52
<i>OMNARIS</i>	63
<i>OMNIPOD KIT STARTER</i>	
.....	44
<i>OMNIPOD MIS 5 PACK</i>	44
<i>ondansetron</i>	50
<i>ondansetron hcl</i>	50
<i>ONTRUZANT</i>	21
<i>ONUREG</i>	18
<i>OPSUMIT</i>	30
<i>ORGOVYX</i>	18
<i>ORKAMBI GRA 100-125</i>	62
<i>ORKAMBI GRA 150-188</i>	62
<i>ORKAMBI TAB 100-125</i>	62
<i>ORKAMBI TAB 200-125</i>	62
<i>orsythia</i>	47
<i>oseltamivir phosphate</i>	15
<i>OSPHENA</i>	49
<i>oxacillin sodium</i>	17
<i>oxaliplatin</i>	18
<i>oxandrolone</i>	41
<i>oxaprozin</i>	9
<i>oxcarbazepine</i>	32
<i>oxybutynin chloride</i>	53
<i>oxycodone hcl</i>	10, 11
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 10-325 mg</i>	11
<i>oxycodone w/</i>	
<i>acetaminophen tab 2.5-325 mg</i>	11

oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg.....	11
oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5- 325 mg.....	11
OXYTROL	53
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE).....	43
OZEMPIC (1MG/DOSE) .43	
P	
pacerone.....	26
paclitaxel.....	19
paliperidone	37
pamidronate disodium	45
PAMIDRONATE DISODIUM	45
PANRETIN	66
pantoprazole sodium	52
PANZYGA	56
paraplatin.....	18
paricalcitol.....	50
paroex.....	67
paromomycin sulfate.....	12
paroxetine hcl	34
PASER	14
PAXIL	34
PAZEO	60
PEDIARIX INJ 0.5ML.....	57
PEDVAX HIB	57
peg 3350-kcl-na bicarb- nacl-na sulfate for soln 236 gm.....	51
peg 3350-kcl-sod bicarb- nacl for soln 420 gm....	51
PEGANONE	32
PEGASYS	15
PEMAZYRE	21
PEN GK/DEXTR INJ 40000/ML	17
PEN GK/DEXTR INJ 60000/ML	17
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OW EN/TRIVIDIA	44
penicillamine.....	45
penicillin g potassium.....	17
PENICILLIN G PROCAINE	17
penicillin g sodium	17
penicillin v potassium.....	17
PENTACEL INJ	57
pentamidine isethionate inh	12
pentamidine isethionate inj	12
pentoxifylline.....	54
PERFOROMIST	61
perindopril erbumine.....	23
periogard	67
permethrin	66
perphenazine	37
PERSERIS	37
pfizerpen.....	17
phenelzine sulfate.....	34
phenobarbital.....	32
phenobarbital sodium	32
PHENYTEK	32
phenytoin.....	32
phenytoin sodium.....	32
phenytoin sodium extended	32
PHESGO SOL	21
philith	47
phytonadione	60
PICATO	66
PIFELTRO	13
pilocarpine hcl.....	60
pilocarpine hcl (oral)	67
pimozide	37
pimtrea.....	47
pindolol	27
pioglitazone hcl	43
piperacillin sod-tazobactam na for inj 3.375 gm (3- 0.375 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 13.5 gm (12- 1.5 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 2.25 gm (2- 0.25 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm).....	17
piperacillin sod-tazobactam sod for inj 40.5 gm (36- 4.5 gm).....	17
PIQRAY 200MG DAILY DOSE	21
PIQRAY 250MG TAB DOSE	21
PIQRAY 300MG DAILY DOSE	21
pirmella 1/35	47
piroxicam	9
PLASMA-LYTE INJ -148	58
PLASMA-LYTE INJ -A ...	58
plenamine	58
PLENUV SOL	51
PNV FOLIC AC TAB + IRON	58
podofilox	66
polymyxin b-trimethoprim ophth soln 10000 unit/ml- 0.1%.....	59
POMALYST	19
portia-28	47
posaconazole.....	13
POT CHL/NACL INJ 20MEQ/L	58
POT CHL/NACL INJ 40MEQ/L	58
potassium chloride	58
POTASSIUM CHLORIDE	58
potassium chloride 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% inj.....	58
potassium chloride microencapsulated crystals er.....	58
potassium citrate (alkalinizer).....	52
PRADAXA.....	53
PRALUENT.....	27
pramipexole dihydrochloride.....	35
prasugrel hcl	54
pravastatin sodium.....	26
praziquantel	12
prazosin hcl.....	23
prednisolone	48
prednisolone acetate (ophth).....	59
PREDNISOLONE SODIUM PHOSP.....	59

<i>prednisolone sodium phosphate</i>	48	<i>protriptyline hcl</i>	34
<i>prednisone</i>	48	PULMICORT FLEXHALER	
PREDNISONE INTENSOL	48		63
		PULMOZYME	62
<i>pregabalin</i>	32	PURIXAN	18
<i>pregabalin (once-daily)</i>	40	<i>pyrazinamide</i>	14
PREMASOL SOL 10%	58	<i>pyridostigmine bromide</i>	40
PRENATAL TAB 27-1MG	58	Q	
		QINLOCK	21
PRENATAL TAB PLUS	58	QUADRACEL INJ	57
PRENATAL VIT TAB LOW IRON	58	<i>quetiapine fumarate</i>	37
prevalite	27	<i>quinapril hcl</i>	23
previfem	47	<i>quinapril-</i>	
PREZCOBIX TAB 800-150	14	<i>hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i>	23
PREZISTA	13	<i>quinapril-</i>	
PRIFTIN	14	<i>hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i>	23
PRILOSEC	52	<i>quinidine sulfate</i>	26
<i>primaquine phosphate</i>	13	<i>quinine sulfate</i>	13
PRIMAQUINE PHOSPHATE	13	R	
<i>primidone</i>	32	RABAVERT INJ	57
PRIVIGEN	56	<i>rabeprazole sodium</i>	52
<i>probencid</i>	9	<i>raloxifene hcl</i>	49
PROCALAMINE INJ 3%	58	<i>ramipril</i>	23
<i>procloperazine</i>	50	<i>ranolazine</i>	29
<i>procloperazine edisylate</i>	50	<i>rasagiline mesylate</i>	35
<i>procloperazine maleate</i>	50	RAYALDEE	50
PROCRT	54	<i>reclipsen</i>	47
<i>procto-med hc</i>	66	RECOMBIVAX HB	57
<i>procto-pak</i>	66	RECTIV	66
<i>proctosol hc</i>	66	REGRANEX	66
<i>protozone-hc</i>	66	RELENZA DISKHALER	15
PROGRAF	56	RELISTOR	52
PROLASTIN-C	62	REMICADE	55
PROLENSA	59	RENFLEXIS	55
PROLIA	45	<i>repaglinide</i>	43
PROMACTA	54	RESTASIS	60
<i>promethazine hcl</i>	50	RESTASIS MULTIDOSE	60
<i>propafenone hcl</i>	26	RETEVMO	21
<i>proparacaine hcl</i>	60	REVLIMID	19
<i>propranolol hcl</i>	27	REXULTI	37
<i>propylthiouracil</i>	50	REYATAZ	13
PROQUAD INJ	57	REZUROCK	56
PROSOL INJ 20%	58	RHOPRESSA	60
		RIABNI	21
		<i>ribavirin (hepatitis c)</i>	15
		<i>rifabutin</i>	14
		<i>rifampin</i>	14
		<i>riluzole</i>	40
		<i>rimantadine hydrochloride</i>	15
		RINVOQ	55
		<i>risedronate sodium</i>	45
		RISPERDAL CONSTA	37
		<i>risperidone</i>	37
		<i>ritonavir</i>	13
		RITUXAN	21
		RITUXAN INJ HYCELA	21
		<i>rivastigmine</i>	33
		<i>rivastigmine tartrate</i>	33
		<i>rizatriptan benzoate</i>	39
		<i>ropinirole hydrochloride</i>	35
		<i>rosadan</i>	66
		<i>rosuvastatin calcium</i>	26
		ROTARIX SUS	57
		ROTATEQ SOL	57
		<i>roweepra</i>	32
		ROZLYTREK	21
		RUBRACA	21
		<i>rufinamide</i>	32
		RUKOBIA	13
		RUXIENCE	21
		RYBELSUS	43
		RYDAPT	21
		S	
		<i>sajazir</i>	54
		SANCUSO	50
		SANDIMMUNE	56
		SANTYL	66
		<i>sapropterin dihydrochloride</i>	49
		SAVELLA	40
		SAVELLA MIS TITR PAK	
			40
		<i>scopolamine</i>	51
		SECUADO	37
		<i>selegiline hcl</i>	35, 36
		<i>selenium sulfide</i>	65
		SELZENTRY	13
		SEREVENT DISKUS	62
		<i>sertraline hcl</i>	34
		<i>setlakin</i>	47
		<i>sevelamer carbonate</i>	49
		<i>sharobel</i>	47

SHINGRIX	57
SIGNIFOR	49
sildenafil citrate.....	63
sildenafil citrate (pulmonary hypertension)	30
silodosin.....	52
silver sulfadiazine	64
SIMBRINZA SUS 1-0.2%60	
simliya.....	47
simvastatin.....	26
sirolimus	56
SIRTURO	15
SIVEXTRO	12
SKYRIZI.....	55
SKYRIZI PEN	55
sodium chloride.....	58
sodium chloride (gu irrigant).....	66
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..	58
sodium phenylbutyrate....	49
sodium polystyrene sulfonate powder.....	45
solifenacin succinate.....	53
SOLIQUA INJ 100/33	44
SOLTAMOX.....	18
SOLU-CORTEF	48
SOMATULINE DEPOT ...	49
SOMAVERT	49
sorine.....	26
sotalol hcl.....	26
sotalol hcl (afib/afl).....	26
spironolactone	23
spironolactone & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg.....	28
sprintec 28.....	47
SPRITAM.....	32
SPRYCEL.....	21
sps.....	45
sronyx.....	47
ssd.....	64
stavudine	13
STELARA	55
STIMATE	49
STIVARGA	21
streptomycin sulfate.....	12
STRIBILD TAB.....	14
subvenite	32
sucralfate	52
sulfacetamide sodium (acne).....	64
sulfacetamide sodium (ophth).....	59
sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%	59
SULFADIAZINE	12
sulfamethoxazole-trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml	12
sulfamethoxazole-trimethoprim susp 200-40 mg/5ml	12
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 400-80 mg	12
sulfamethoxazole-trimethoprim tab 800-160 mg	12
SULFAMYRON	64
sulfasalazine.....	51
sulindac	9
sumatriptan.....	40
sumatriptan succinate.....	40
sunitinib malate.....	21
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	51
SUTENT	21
syeda	47
SYMBICORT AER 160-4.5	63
SYMBICORT AER 80-4.5	63
SYMDEKO TAB 100-15062	
SYMDEKO TAB 50-75MG	62
SYMJEPI	62
SYMPAZAN	32
SYMTUZA TAB.....	14
SYNAREL.....	47
SYNERCID INJ 500MG ..	12
SYNJARDY TAB 12.5-1000MG	43
SYNJARDY TAB 12.5-500	43
SYNJARDY TAB 5-1000MG	43
SYNJARDY XR TAB 10-1000	43
SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG	43
SYNJARDY XR TAB 25-1000	43
SYNJARDY XR TAB 5-1000MG	43
SYNRIBO.....	19
SYNTHROID.....	50
T	
TABLOID	18
TABRECTA.....	21
tacrolimus	56
tacrolimus (topical).....	66
tadalafil	63
TAFINLAR	21
TAGRISSO	21
TALTZ.....	55
TALZENNA	21
tamoxifen citrate	18
tamsulosin hcl.....	52
TARGETIN	66
tarina fe 1/20 eq.....	47
TASIGNA	21
tazarotene	65
tazicef	16
TAZORAC	65
taztia xt	28
TAZVERIK	21
TDVAX INJ 2-2 LF	57
TECENTRIQ	21
TEFLARO	16
telmisartan	25
telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg	25
telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg	25
telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg	25
telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg	25
telmisartan-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg	25

<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-12.5 mg</i>	25
<i>telmisartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>80-25 mg</i>	25
<i>temazepam</i>	39
<i>TEMIXYS TAB 300-300</i>	14
<i>TENIVAC INJ 5-2LF</i>	57
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	13
<i>TEPMETKO</i>	21
<i>terazosin hcl</i>	23
<i>terbinafine hcl</i>	13
<i>terbutaline sulfate</i>	62
<i>terconazole vaginal</i>	53
<i>testosterone</i>	41
<i>testosterone cypionate</i>	41
<i>testosterone enanthate</i>	41
<i>tetrabenazine</i>	40
<i>tetracycline hcl</i>	17
<i>THALOMID</i>	19
<i>THEO-24</i>	62
<i>theophylline</i>	62
<i>thioridazine hcl</i>	37
<i>thiothixene</i>	37
<i>tiadylt er</i>	28
<i>tiagabine hcl</i>	32
<i>TIBSOVO</i>	21
<i>tigecycline</i>	17
<i>TIGECYCLINE</i>	17
<i>tilia fe</i>	47
<i>timolol maleate</i>	27
<i>timolol maleate (ophth)</i>	60
<i>timolol maleate (ophth) once-daily</i>	60
<i>TIVICAY</i>	13, 14
<i>TIVICAY PD</i>	14
<i>tizanidine hcl</i>	41
<i>TOBRADEX OIN 0.3-0.1%</i>	
.....	59
<i>TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05</i>	59
<i>tobramycin</i>	12
<i>tobramycin (ophth)</i>	59
<i>tobramycin sulfate</i>	12
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	59
<i>tolterodine tartrate</i>	53
<i>topiramate</i>	32
<i>toposar</i>	19
<i>toremifene citrate</i>	18
<i>torsemide</i>	28
<i>TOVIAZ</i>	53
<i>TPN ELECTROL INJ</i>	58
<i>TRADJENTA</i>	43
<i>tramadol hcl</i>	11
<i>tramadol-acetaminophen tab 37.5-325 mg</i>	11
<i>trandolapril</i>	23
<i>tranexamic acid</i>	54
<i>tranylcypromine sulfate</i>	34
<i>TRAVASOL INJ 10%</i>	58
<i>TRAZIMERA</i>	21
<i>trazodone hcl</i>	34
<i>TRECATOR</i>	15
<i>TRELEGY AER ELLIPTA 100-62.5-25 MCG</i>	61
<i>TRELEGY AER ELLIPTA 200-62.5-25 MCG</i>	61
<i>TRELSTAR MIXJECT</i>	18
<i>treprostинil</i>	30
<i>TRESIBA</i>	44
<i>TRESIBA FLEXTOUCH</i>	44
<i>tretinoин</i>	64
<i>tretinoин (chemotherapy)</i>	19
<i>TREXALL</i>	55
<i>triamcinolone acetonide (mouth)</i>	67
<i>triamcinolone acetonide (topical)</i>	65
<i>triамтерене & hydrochlorothiazide cap 37.5-25 mg</i>	28
<i>triамтерене & hydrochlorothiazide tab 37.5-25 mg</i>	28
<i>triамтерене & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg</i>	28
<i>TRICARE TAB PRENATAL</i>	
.....	58
<i>triderm</i>	66
<i>trientine hcl</i>	45
<i>tri-estarylla</i>	47
<i>trifluoperazine hcl</i>	37
<i>trifluridine</i>	59
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	36
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 10-5-1000MG</i>	43
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 12.5-2.5-1000MG</i>	43
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 25-5-1000MG</i>	43
<i>TRIJARDY XR TAB ER 24HR 5-2.5-1000MG</i>	43
<i>TRIKAFTA TAB 100-50-75MG & 150MG</i>	63
<i>TRIKAFTA TAB 50-25-37.5MG & 75MG</i>	62
<i>tri-legest fe</i>	47
<i>tri-linyah</i>	47
<i>tri-lo-estarylla</i>	47
<i>tri-lo-marzia</i>	47
<i>tri-lo-mili</i>	47
<i>tri-lo-sprintec</i>	47
<i>trimethoprim</i>	12
<i>tri-mili</i>	47
<i>trimipramine maleate</i>	34
<i>TRINTELLIX</i>	34
<i>tri-nymyo</i>	47
<i>tri-previfem</i>	47
<i>tri-sprintec</i>	47
<i>TRIUMEQ TAB</i>	14
<i>trivora-28</i>	47
<i>tri-vylibra</i>	47
<i>tri-vylibra lo</i>	47
<i>TROGARZO</i>	14
<i>TROPHAMINE INJ 10%</i>	58
<i>trospium chloride</i>	53
<i>TRULANCE</i>	52
<i>TRULICITY</i>	43
<i>TRUMENBA INJ</i>	57
<i>TRUSELTIQ 100 MG DAILY DOSE</i>	21
<i>TRUSELTIQ 125 MG DAILY DOSE</i>	21
<i>TRUSELTIQ 50 MG DAILY DOSE</i>	21
<i>TRUSELTIQ 75 MG DAILY DOSE</i>	21
<i>TRUXIMA</i>	21
<i>TUKYSA</i>	22
<i>tulana</i>	47
<i>TURALIO</i>	22
<i>TWINRIX INJ</i>	57

TYBOST	14	VENTAVIS.....	30	XCOPRI PAK 12.5-25....	33
TYMLOS	45	VENTOLIN HFA.....	62	XCOPRI PAK 150-200MG	
TYPHIM VI.....	57	VENTOLIN HFA (INSTITUTIONAL PACK)	62	(MAINTENANCE).....	33
U		verapamil hcl.....	28	XCOPRI PAK 150-200MG	
UBRELVY	40	VERSACLOZ.....	37	(TITRATION).....	33
UKONIQ	22	VERZENIO	22	XCOPRI PAK 50-100MG	33
unithroid.....	50	vestura.....	47	XCOPRI PAK 50-200MG	33
ursodiol.....	52	V-GO 20 KIT	44	XELJANZ	55
V		V-GO 30 KIT	44	XELJANZ XR	55
valacyclovir hcl.....	15	V-GO 40 KIT	44	XGEVA	45
VALCHLOR	66	VICTOZA	43	XIFAXAN	52
valganciclovir hcl.....	15	vienna	47	XIGDUO XR TAB 10-1000	
valproate sodium	32	vigabatrin	32	.....	43
valproic acid.....	32	vigadrone.....	32	XIGDUO XR TAB 10-	
valsartan	25	VIIBRYD	35	500MG	43
valsartan-		VIIBRYD KIT STARTER	35	XIGDUO XR TAB 2.5-1000	
hydrochlorothiazide tab		VIMPAT	32, 33	.....	43
160-12.5 mg.....	25	vincristine sulfate	19	XIGDUO XR TAB 5-	
valsartan-		vinorelbine tartrate	19	1000MG	43
hydrochlorothiazide tab		viorele	47	XIGDUO XR TAB 5-500MG	
160-25 mg.....	25	VIRACEPT.....	14	.....	43
valsartan-		VIREAD	14	IIDRA.....	60
hydrochlorothiazide tab		VITRAKVI	22	XOLAIR	63
320-12.5 mg.....	25	VIVITROL	41	XOSPATA.....	22
valsartan-		VIZIMPRO	22	XPOVIO 100 MG ONCE	
hydrochlorothiazide tab		voriconazole.....	13	WEEKLY	22
80-12.5 mg.....	25	VOSEVI TAB	15	XPOVIO 40 MG ONCE	
VALTOCO	32	VOTRIENT	22	WEEKLY	22
vancomycin hcl	12	VRAYLAR	37	XPOVIO 40 MG TWICE	
VANCOMYCIN INJ 1 GM12		VRAYLAR CAP 1.5-3MG	37	WEEKLY	22
VANCOMYCIN INJ 500MG		vyfemla	47	XPOVIO 60 MG ONCE	
.....	12	vylibra	47	WEEKLY	22
VANCOMYCIN INJ 750MG		VYVANSE.....	39	XPOVIO 60 MG TWICE	
.....	12	VYZULTA	60	WEEKLY	22
vandazole	53	W		XPOVIO 80 MG ONCE	
VAQTA	57	warfarin sodium	54	WEEKLY	22
VARIVAX	57	water for irrigation, sterile		XPOVIO 80 MG TWICE	
VASCEPA.....	27	irrigation soln.....	66	WEEKLY	22
VELCADE	22	weva.....	47	XTANDI	18
velvet	47	X		xulane.....	47
VELTASSA	45	XALKORI	22	XULTOPHY INJ 100/3.6	44
VEMLIDY.....	15	XARELTO	54	XYREM.....	41
VENCLEXTA	22	XARELTO STAR TAB		Y	
VENCLEXTA TAB START		15/20MG	54	YF-VAX INJ	57
PK	22	XATMEP	55	yuvafem	48
venlafaxine hcl.....	34	XCOPRI.....	33	Z	
		XCOPRI PAK 100-150....	33	zafemy	47
				zafirlukast.....	62
				zarah.....	47

ZARXIO	54	ZENPEP CAP 40000	52	ZORTRESS	56
ZEJULA	22	ZENPEP CAP 5000UNIT	52	ZOSTAVAX.....	57
ZELBORAF.....	22	ZERVIATE	60	<i>zovia 1/35e</i>	47
ZEMAIRA.....	63	<i>zidovudine</i>	14	<i>zumandimine</i>	47
<i>zenatane</i>	64	<i>ziprasidone hcl</i>	38	ZYCLARA PUMP	66
ZENPEP CAP 10000UNT	52	<i>ziprasidone mesylate</i>	38	ZYDELIG	22
ZENPEP CAP 15000UNT	52	ZIRABEV	22	ZYKADIA	22
ZENPEP CAP 20000UNT	52	ZIRGAN	59	ZYLET SUS 0.5-0.3%....	59
ZENPEP CAP 25000.....	52	<i>zoledronic acid</i>	45	ZYPITAMAG	26
ZENPEP CAP 3000UNIT	52	ZOLINZA	22	ZYPREXA RELPREVV..	38

Este formulario resumido se actualizó el 11/01/2021. 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