

# 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, 00020322 Version Number 10  
H1016\_PH237SP-092020\_C

Este formulario resumido se actualizó el 04/01/2021. 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](http://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 04/01/2021. 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 discontiñuaremos 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 04/01/2021. Para recibir información actualizada sobre los medicamentos cubiertos por AvMed Medicare, comuníquese con nosotros. Nuestra información de contacto aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

## ¿Cómo utilizo el Formulario?

Hay dos formas para encontrar su medicamento dentro del Formulario:

## **Afección médica**

El Formulario comienza en la página 7. Los medicamentos de este Formulario están agrupados en categorías según el tipo de afección médica para cuyo tratamiento se los emplea. Por ejemplo, los medicamentos utilizados para tratar una afección cardíaca se enumeran dentro de la categoría

“Cardiovascular”. Si sabe para qué se utiliza su medicamento, busque el nombre de la categoría en la lista que empieza en la página 7. Luego, busque su medicamento debajo del nombre de la categoría.

## **Listado alfabético**

Si no está seguro de qué categoría consultar, debe buscar su medicamento en el Índice que comienza en la página 64. El Índice proporciona una lista alfabética de todos los medicamentos incluidos en este documento. En el Índice, están tanto los medicamentos de marca como los genéricos. Busque en el Índice y encuentre su medicamento. Junto a su medicamento, verá el número de página donde puede encontrar información acerca de la cobertura. Vaya a la página que figura en el Índice y encuentre el nombre de su medicamento en la primera columna de la lista.

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

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

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

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

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

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

Para averiguar si su medicamento tiene requisitos o límites adicionales, consulte el Formulario que empieza en la página 7. También puede obtener más información sobre las restricciones que se aplican a medicamentos cubiertos específicos en nuestro sitio web. Hemos publicado documentos en línea que explica(n) nuestra(s) restricciones de autorización previa y tratamiento escalonado. También puede pedirnos que le enviemos una copia. Nuestra información de contacto, junto con la fecha de la última actualización del Formulario, aparece en las páginas de la portada y la portada posterior.

Puede pedirle a AvMed Medicare que haga una excepción a estas restricciones o límites, o puede solicitarle una lista de otros medicamentos similares que puedan tratar su afección médica. Consulte la sección “¿Cómo puedo solicitar que se haga una excepción al Formulario de AvMed Medicare?” en la página 4 para obtener información acerca de cómo solicitar una excepción.

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

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

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

- Puede pedir a Servicios para los miembros una lista de medicamentos similares que estén cubiertos por AvMed Medicare. Cuando reciba la lista, 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 .

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 04/01/2021

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

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

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

- 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**

7

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites	Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ANALGÉSICOS OPIÁCEOS, SHORT-ACTING</b>					
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml QL (2700 mL / 30 días)	3	QL	hydrocodone-ibuprofen tab 7.5-200 mg QL (150 tabs / 30 días)	3	QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg QL (400 tabs / 30 días)	3	QL	hydromorphone hcl LIQD 1mg/ml QL (600 mL / 30 días)	4	QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL	hydromorphone hcl TABS 2mg, 4mg, 8mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	morphine sulfate SOLN 1mg/ml, 4mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
butorphanol tartrate SOLN 1mg/ml, 2mg/ml	4		MORPHINE SULFATE SOLN 2mg/ml, 4mg/ml, 5mg/ml, 8mg/ml, 10mg/ml	4	B/D
endocet tab 2.5-325mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL	morphine sulfate SOLN 10mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
endocet tab 5-325mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL	morphine sulfate SOLN 20mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	3	QL
endocet tab 7.5-325mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL	morphine sulfate SOLN 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	3	QL
endocet tab 10-325mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	morphine sulfate TABS 15mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
fentanyl citrate LPOP 200mcg, 600mcg, 800mcg, 1200mcg, 1600mcg QL (120 losanges / 30 días)	5	QL PA	nalbuphine hcl SOLN 10mg/ml, 20mg/ml	4	
fentanyl citrate LPOP 400mcg QL (120 losanges / 30 días)	4	QL PA	oxycodone hcl CAPS 5mg QL (180 caps / 30 días)	4	QL
hydrocodone-acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml QL (2700 mL / 30 días)	4	QL	oxycodone hcl CONC 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	4	QL
hydrocodone-acetaminophen tab 5-325 mg QL (240 tabs / 30 días)	3	QL	oxycodone hcl SOLN 5mg/5ml QL (900 mL / 30 días)	4	QL
hydrocodone-acetaminophen tab 7.5-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	oxycodone hcl TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 30mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
hydrocodone-acetaminophen tab 10-325 mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL	oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg QL (360 tabs / 30 días)	3	QL

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

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**ED** - Medicamento Excluido

**GC** - Cobertura de Brecha

aplica a AvMed Medicare 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
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
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
lidocaine hcl (local anesth.) SOLN .5%, 1%, 1.5%, 2%	3	B/D
<b>CONTRA INFECCIONES</b>		
<b>CONTRA INFECCIONES, VARIOS</b>		
albendazole TABS 200mg	5	
ALINIA SUSR 100mg/5ml QL (180 mL / 30 días)	5	QL
ALINIA TABS 500mg QL (6 tabs / 30 días)	5	QL
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	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 300 mg/50ml	4	
clindamycin phosphate in d5w iv soln 600 mg/50ml	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.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
linezolid SOLN 600mg/300ml	4	
linezolid SUSR 100mg/5ml QL (1800 mL / 30 días)	5	QL
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	

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

9

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 125mg	4	QL
QL (80 caps / 180 días)		
<i>vancomycin hcl</i> CAPS 250mg	4	QL
QL (160 caps / 180 días)		
<i>vancomycin hcl</i> SOLR 1gm, 5gm, 10gm, 500mg, 750mg	4	
VANCOMYCIN INJ 1 GM	4	
VANCOMYCIN INJ 500MG	4	
VANCOMYCIN INJ 750MG	4	
<b>FUNGICIDAS</b>		
ABELCET SUSP 5mg/ml	4	B/D
AMBISOME SUSR 50mg	5	B/D
<i>amphotericin b</i> SOLR 50mg	4	B/D
<i>caspofungin acetate</i> SOLR 50mg, 70mg	5	
<i>fluconazole</i> SUSR 10mg/ml, 40mg/ml; TABS 50mg, 100mg, 200mg	3	
<i>fluconazole</i> TABS 150mg	2	GC
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 200 mg/100ml	3	
<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i> 400 mg/200ml	3	
<i>flucytosine</i> CAPS 250mg, 500mg	5	
<i>griseofulvin microsize</i> SUSP 125mg/5ml; TABS 500mg	4	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i> TABS 125mg, 250mg	4	
<i>itraconazole</i> CAPS 100mg	4	PA
<i>ketoconazole</i> TABS 200mg	3	PA
<i>micafungin sodium</i> SOLR 50mg, 100mg	5	
NOXAFIL SUSP 40mg/ml	5	QL
QL (630 mL / 30 días)		
<i>nystatin</i> TABS 500000unit	3	
<i>posaconazole</i> TBEC 100mg	5	QL
QL (93 tabs / 30 días)		
<i>terbinafine hcl</i> TABS 250mg	1	GC QL
QL (90 tabs / año)		
<i>voriconazole</i> SOLR 200mg; SUSR 40mg/ml	5	PA
<i>voriconazole</i> TABS 50mg	4	QL PA
QL (480 tabs / 30 días)		

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

**ED** - Medicamento Excluido    **GC** - Cobertura de Brecha    **ST** - Terapia Escalonada    **B/D** - Disponibilidad 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.

**SI** – Selectas Insulinas. No se

10

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
voriconazole TABS 200mg QL (120 tabs / 30 días)	4	QL PA
<b>ANTIPALÚDICOS</b>		
atovaquone-proguanil hcl tab 62.5-25 mg	4	
atovaquone-proguanil hcl tab 250-100 mg	4	
chloroquine phosphate TABS 250mg, 500mg	3	
COARTEM TAB 20-120MG	4	
mefloquine hcl TABS 250mg	3	
primaquine phosphate TABS 26.3mg	3	
PRIMAQUINE PHOSPHATE TABS 26.3mg	3	
quinine sulfate CAPS 324mg	4	PA
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES</b>		
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	
fosamprenavir calcium TABS 700mg	5	
FUZEON SOLR 90mg	5	
INTELENCE TABS 25mg	4	
INTELENCE TABS 100mg, 200mg	5	
INVIRASE TABS 500mg	5	
ISENTRESS CHEW 25mg; PACK 100mg	3	
ISENTRESS CHEW 100mg; TABS 400mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ISENTRESS HD TABS 600mg	5	
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	
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	

**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
<i>zidovudine</i> CAPS 100mg; SYRP 50mg/5ml	4	
<i>zidovudine</i> TABS 300mg	3	
<b>AGENTES ANTIRRETROVIRALES MIXTOS</b>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg</i>		
<i>abacavir sulfate-lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg</i>	5	
<i>BIKTARVY</i> TAB	5	
<i>CIMDUO</i> TAB 300-300	5	
<i>COMPLERA</i> TAB	5	
<i>DELSTRIGO</i> TAB	5	
<i>DESCOVY</i> TAB 200/25MG	5	
<i>DOVATO</i> TAB 50-300MG	5	
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	5	
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	5	
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	5	QL  QL (30 tabs / 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	5	QL  QL (30 tabs / 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 167-250 mg</i>	5	QL  QL (30 tabs / 30 días)
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 200-300 mg</i>	5	QL  QL (30 tabs / 30 días)
<i>EVOTAZ</i> TAB 300-150	5	
<i>GENVOYA</i> TAB	5	
<i>JULUCA</i> TAB 50-25MG	5	
<i>KALETRA</i> TAB 100-25MG	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>KALETRA</i> TAB 200-50MG	5	
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i>	4	
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i>	4	
<i>ODEFSEY</i> TAB	5	
<i>PREZCOBIX</i> TAB 800-150	5	
<i>STRIIBILD</i> TAB	5	
<i>SYMFI LO</i> TAB	5	
<i>SYMFI</i> TAB	5	
<i>SYMTUZA</i> TAB	5	
<i>TEMIXYS</i> TAB 300-300	5	
<i>TRIUMEQ</i> TAB	5	
<i>TRUVADA</i> TAB 100-150 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>TRUVADA</i> TAB 133-200 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<i>TRUVADA</i> TAB 167-250 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL
<b>AGENTES ANTITUBERCULOSOS</b>		
<i>cycloserine</i> CAPS 250mg	5	
<i>ethambutol hcl</i> TABS 100mg, 400mg	3	
<i>isoniazid</i> SYRP 50mg/5ml	4	
<i>isoniazid</i> TABS 100mg, 300mg	1	GC
<i>PASER</i> PACK 4gm	4	
<i>PRIFTIN</i> TABS 150mg	4	
<i>pyrazinamide</i> TABS 500mg	4	
<i>rifabutin</i> CAPS 150mg	4	
<i>rifampin</i> CAPS 150mg, 300mg	3	
<i>rifampin</i> SOLR 600mg	4	
<i>SIRTURO</i> TABS 20mg, 100mg	5	LA PA
<i>TRECATOR</i> TABS 250mg	4	
<b>ANTIVIRALES</b>		
<i>acyclovir</i> CAPS 200mg; TABS 400mg, 800mg	2	GC
<i>acyclovir</i> SUSP 200mg/5ml	4	
<i>acyclovir sodium</i> SOLN 50mg/ml	4	B/D

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada  
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente  
**ED** - Medicamento Excluido    **GC** - Cobertura de Brecha  
aplica a AvMed Medicare 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**      12  
**LA** - Disponibilidad Limitada  
**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>adefovir dipivoxil</i> TABS 10mg	5	
BARACLUDE SOLN .05mg/ml	5	
<i>entecavir</i> TABS .5mg, 1mg	4	
EPCLUSUSA TAB 200-50MG	5	PA
EPCLUSUSA TAB 400-100	5	PA
EPIVIR HBV SOLN 5mg/ml	4	
<i>famciclovir</i> TABS 125mg, 250mg, 500mg	3	
<i>ganciclovir sodium</i> SOLR 500mg	4	B/D
HARVONI PAK 33.75-150MG	5	PA
HARVONI PAK 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 45-200MG	5	PA
HARVONI TAB 90-400MG	5	PA
<i>lamivudine (hbv)</i> TABS 100mg	4	
MAVYRET TAB 100-40MG	5	PA
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 30mg	3	QL  QL (168 caps / año)
<i>oseltamivir phosphate</i> CAPS 45mg, 75mg	3	QL  QL (84 caps / año)
<i>oseltamivir phosphate</i> SUSR 6mg/ml	3	QL  QL (1080 mL / año)
PEGASYS SOLN 180mcg/0.5ml, 180mcg/ml	5	PA
RELENZA DISKHALER AEPB 5mg/blister	3	QL  QL (6 inhaladores / año)
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> CAPS 200mg	3	
<i>ribavirin (hepatitis c)</i> TABS 200mg	4	
<i>rimantadine hydrochloride</i> TABS 100mg	4	
<i>valacyclovir hcl</i> TABS 1gm, 500mg	3	
<i>valganciclovir hcl</i> SOLR 50mg/ml; TABS 450mg	3	
VEMLIDY TABS 25mg	5	PA
VOSEVI TAB	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>CEFALOSPORINAS</b>		
<i>cefaclor</i> CAPS 250mg, 500mg	3	
<i>cefaclor</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml, 375mg/5ml	4	
CEFACLOR ER TB12 500mg	4	
<i>cefadroxil</i> CAPS 500mg	2	GC
<i>cefadroxil</i> SUSR 250mg/5ml, 500mg/5ml	3	
CEFAZOLIN INJ 1GM/50ML	4	
<i>cefazinol sodium</i> SOLR 1gm, 10gm, 500mg	3	
CEFAZOLIN SOLN 2GM/100ML-4%	4	
<i>cefdinir</i> CAPS 300mg	2	GC
<i>cefdinir</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
<i>cefepime hcl</i> SOLR 1gm, 2gm	4	
<i>cefixime</i> SUSR 100mg/5ml, 200mg/5ml	4	
<i>cefoxitin sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> SUSR 50mg/5ml, 100mg/5ml	4	
<i>cefpodoxime proxetil</i> TABS 100mg, 200mg	3	
<i>ceprozil</i> SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml; TABS 250mg, 500mg	3	
<i>ceftazidime</i> SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 1GM	4	
CEFTAZIDIME/ SOL D5W 2GM	4	
<i>ceftriaxone sodium</i> SOLR 1gm, 2gm, 10gm, 250mg, 500mg	4	
<i>cefuroxime axetil</i> TABS 250mg, 500mg	3	
<i>cefuroxime sodium</i> SOLR 1.5gm, 7.5gm, 750mg	3	

**PA** - Autorización Previa

**QL** - Cantidad Limitada

- 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**

13

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
cephalexin CAPS 250mg, 500mg	1	GC
cephalexin SUSR 125mg/5ml, 250mg/5ml	3	
tazicef SOLR 1gm, 2gm, 6gm	4	
TEFLARO SOLR 400mg, 600mg	5	
<b>ERITROMICINAS / MACRÓLIDOS</b>		
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	
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	
<b>FLUOROQUINOLONAS</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
<b>PENICILINAS</b>		
amoxicillin CAPS 250mg, 500mg; SUSR 125mg/5ml, 200mg/5ml, 250mg/5ml, 400mg/5ml; TABS 500mg, 875mg	1	GC
amoxicillin CHEW 125mg, 250mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate chew tab 200-28.5 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate chew tab 400-57 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 200-28.5 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 250-62.5 mg/5ml	4	
amoxicillin & k clavulanate for susp 400-57 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate for susp 600-42.9 mg/5ml	3	
amoxicillin & k clavulanate tab 250-125 mg	4	
amoxicillin & k clavulanate tab 500-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab 875-125 mg	2	GC
amoxicillin & k clavulanate tab er 12hr 1000-62.5 mg	4	
ampicillin CAPS 500mg	2	GC

**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
ampicillin & sulbactam sodium 4 for inj 1.5 (1-0.5) gm		
ampicillin & sulbactam sodium 4 for inj 3 (2-1) gm		
ampicillin & sulbactam sodium 4 for iv soln 1.5 (1-0.5) gm		
ampicillin & sulbactam sodium 4 for iv soln 3 (2-1) gm		
ampicillin & sulbactam sodium 4 for iv soln 15 (10-5) gm		
ampicillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm, 10gm, 125mg, 250mg, 500mg		
BICILLIN L-A SUSP 4 600000unit/ml, 1200000unit/2ml, 2400000unit/4ml		
dicloxacillin sodium CAPS 3 250mg, 500mg		
nafcillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm		
nafcillin sodium SOLR 10gm 5		
NAFCILLIN SODIUM SOLR 5 10gm		
oxacillin sodium SOLR 1gm, 4 2gm		
oxacillin sodium SOLR 10gm 5		
PEN GK/DEXTR INJ 4 40000/ML		
PEN GK/DEXTR INJ 4 60000/ML		
penicillin g potassium SOLR 4 5000000unit, 20000000unit		
PENICILLIN G PROCAINE 4 SUSP 600000unit/ml		
penicillin g sodium SOLR 4 5000000unit		
penicillin v potassium SOLR 2 GC 125mg/5ml, 250mg/5ml		
penicillin v potassium TABS 1 GC 250mg, 500mg		
pfizerpen SOLR 5000000unit, 4 20000000unit		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
piperacillin sod-tazobactam na 4 for inj 3.375 gm (3-0.375 gm)		
piperacillin sod-tazobactam 4 sod for inj 2.25 gm (2-0.25 gm)		
piperacillin sod-tazobactam 4 sod for inj 4.5 gm (4-0.5 gm)		
piperacillin sod-tazobactam 4 sod for inj 13.5 gm (12-1.5 gm)		
piperacillin sod-tazobactam 4 sod for inj 40.5 gm (36-4.5 gm)		
<b>TETRACICLINAS</b>		
doxy 100 SOLR 100mg 4		
doxycycline (monohydrate) 2 GC CAPS 50mg, 100mg		
doxycycline (monohydrate) 3 TABS 50mg, 75mg, 100mg		
doxycycline hyclate CAPS 3 50mg, 100mg; TABS 20mg, 100mg		
doxycycline hyclate SOLR 4 100mg		
minocycline hcl CAPS 50mg, 3 75mg, 100mg		
monodoxyne nl CAPS 100mg 2 GC		
tetracycline hcl CAPS 250mg, 4 PA 500mg		
tigecycline SOLR 50mg 5		
TIGECYCLINE SOLR 50mg 5		
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS</b>		
<b>AGENTES ALQUILANTES</b>		
BENDEKA SOLN 100mg/4ml 5 B/D		
carboplatin SOLN 50mg/5ml, 3 B/D 150mg/15ml, 450mg/45ml, 600mg/60ml		
cisplatin SOLN 50mg/50ml, 3 B/D 100mg/100ml, 200mg/200ml		
cyclophosphamide CAPS 3 B/D 25mg, 50mg		
CYCLOPHOSPHAMIDE 5 B/D SOLN 1gm/5ml, 500mg/2.5ml		

**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
cyclophosphamide SOLR 1gm, 2gm, 500mg	5	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
<b>ANTIBIÓTICOS</b>		
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
<b>ANTIMETABOLITOS</b>		
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	
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	
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSICOS HORMONALES</b>		
abiraterone acetate TABS 250mg, 500mg	5	PA
anastrozole TABS 1mg	1	GC
bicalutamide TABS 50mg	2	GC
EMCYT CAPS 140mg	4	

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

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

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	5	LA PA
ZYTIGA TABS 500mg	5	LA PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
POMALYST CAPS 1mg, 2mg	5	QL LA PA
QL (21 caps / 21 días)		
POMALYST CAPS 3mg, 4mg	5	QL LA PA
QL (21 caps / 28 días)		
REVLIMID CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg, 15mg, 20mg, 25mg	5	QL LA PA
QL (28 caps / 28 días)		
THALOMID CAPS 50mg, 100mg	5	QL PA
QL (28 caps / 28 días)		
THALOMID CAPS 150mg, 200mg	5	QL PA
QL (56 caps / 28 días)		
<b>VARIOS</b>		
bexarotene CAPS 75mg	5	PA
hydroxyurea CAPS 500mg	2	GC

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

**LA** - Disponibilidad Limitada

16

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
INQOVI TAB 35-100MG	5	LA PA
<i>irinotecan hcl</i> SOLN 40mg/2ml, 100mg/5ml, 300mg/15ml, 500mg/25ml	4	B/D
KISQALI 200 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 400 PAK FEMARA	5	PA
KISQALI 600 PAK FEMARA	5	PA
LONSURF TAB 15-6.14	5	PA
LONSURF TAB 20-8.19	5	PA
MATULANE CAPS 50mg	5	LA
SYNRIBO SOLR 3.5mg	5	PA
<i>tretinoin (chemotherapy)</i> CAPS 10mg	5	
<b>MITOTIC INHIBITORS</b>		
ABRAXANE INJ 100MG	5	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 20mg/ml	4	B/D
<i>docetaxel</i> CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
DOCETAXEL CONC 80mg/4ml, 160mg/8ml; SOLN 20mg/2ml, 80mg/8ml, 160mg/16ml	5	B/D
<i>etoposide</i> SOLN 100mg/5ml, 500mg/25ml	3	B/D
<i>paclitaxel</i> CONC 30mg/5ml, 100mg/16.7ml, 150mg/25ml, 300mg/50ml	4	B/D
<i>toposar</i> SOLN 1gm/50ml, 100mg/5ml	3	B/D
<i>vincristine sulfate</i> SOLN 1mg/ml	2	GC B/D
<i>vinorelbine tartrate</i> SOLN 10mg/ml, 50mg/5ml	4	B/D
<b>MOLECULAR TARGET AGENTS</b>		
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

**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
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 100mg, 200mg, 300mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
BALVERSA TABS 3mg, 4mg, 5mg	5	LA PA
BORTEZOMIB SOLR 3.5mg	5	PA
BOSULIF TABS 100mg, 400mg, 500mg	5	PA
BRAFTOVI CAPS 75mg	5	LA PA
BRUKINSA CAPS 80mg	5	LA PA
CABOMETYX TABS 20mg, 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
CALQUENCE CAPS 100mg	5	LA PA
CAPRELSA TABS 100mg, 300mg	5	LA PA
COMETRIQ (60MG DOSE) KIT 20mg	5	LA PA
COMETRIQ KIT 100MG	5	LA PA
COMETRIQ KIT 140MG	5	LA PA
COPIKTRA CAPS 15mg, 25mg	5	LA PA
COTELLIC TABS 20mg	5	LA PA
DAURISMO TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
ERIVEDGE CAPS 150mg	5	LA PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 25mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>erlotinib hcl</i> TABS 100mg, 150mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
everolimus TABS 2.5mg, 5mg, 7.5mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FARYDAK CAPS 10mg, 15mg, 20mg	5	LA PA
GAVRETO CAPS 100mg	5	LA PA
GILOTRIF TABS 20mg, 30mg, 40mg	5	LA PA
HERCEP HYLEC SOL 60- 10000	5	PA
HERCEPTIN SOLR 150mg	5	PA
HERZUMA SOLR 150mg, 420mg	5	PA
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
imatinib mesylate TABS 100mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
imatinib mesylate 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

**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
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 <i>lapatinib ditosylate</i> TABS 250mg	5	PA
LENVIMA 4 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 8 MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 10 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA 12MG DAILY DOSE CPPK 4mg	5	LA PA
LENVIMA 20 MG DAILY DOSE CPPK 10mg	5	LA PA
LENVIMA CAP 14 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 18 MG	5	LA PA
LENVIMA CAP 24 MG	5	LA PA
LORBRENA TABS 25mg, 100mg	5	LA PA
LYNPARZA TABS 100mg, 150mg QL (120 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
MEKINIST TABS .5mg, 2mg	5	LA PA
MEKTOVI TABS 15mg	5	LA PA
MONJUVI SOLR 200mg	5	LA PA
MVASI SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	LA PA
NERLYNX TABS 40mg	5	LA PA
NEXAVAR TABS 200mg	5	LA PA
NINLARO CAPS 2.3mg, 3mg, 4mg	5	PA
ODOMZO CAPS 200mg	5	LA PA
OGIVRI SOLR 150mg	5	PA
OGIVRI INJ 420MG	5	PA
ONTRUZANT SOLR 150mg, 420mg	5	PA

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

18

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
RITUXAN SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	LA PA
RITUXAN INJ HYCELA	5	LA PA
ROZLYTREK CAPS 100mg, 200mg	5	LA PA
RUBRACA TABS 200mg, 250mg, 300mg	5	LA PA
RUXIENCE SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
RYDAPT CAPS 25mg	5	PA
SPRYCEL TABS 20mg, 50mg, 70mg, 80mg, 100mg, 140mg	5	PA
STIVARGA TABS 40mg	5	LA PA
SUTENT CAPS 12.5mg, 25mg, 37.5mg, 50mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
TABRECTA TABS 150mg, 200mg	5	PA
TAFINLAR CAPS 50mg, 75mg	5	LA PA
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
TIBSOVO TABS 250mg	5	LA PA
TRAZIMERA SOLR 420mg	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRUXIMA SOLN 100mg/10ml, 500mg/50ml	5	PA
TUKYSA TABS 50mg, 150mg	5	LA PA
TURALIO CAPS 200mg	5	LA PA
TYKERB TABS 250mg	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	5	LA PA
XPOVIO 40 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 60 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 80 MG TWICE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
XPOVIO 100 MG ONCE WEEKLY TBPK 20mg	5	LA PA
ZEJULA CAPS 100mg	5	LA PA
ZELBORAF TABS 240mg	5	LA PA
ZIRABEV SOLN 100mg/4ml, 400mg/16ml	5	PA
ZOLINZA CAPS 100mg	5	PA

**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**

19

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
benazepril & hydrochlorothiazide tab 20-25 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-15 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 25-25 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-15 mg	1	GC
captopril & hydrochlorothiazide tab 50-25 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
<b>INHIBIDORES DE LA ECA</b>		
benazepril hcl TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
captopril TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	1	GC

**PA** - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**ED** - Medicamento Excluido

aplica a AvMed Medicare 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**

20

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>enalapril maleate</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg	1	GC
<i>fosinopril sodium</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>lisinopril</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg, 20mg, 30mg, 40mg	1	GC
<i>moexipril hcl</i> TABS 7.5mg, 15mg	1	GC
<i>perindopril erbumine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg	1	GC
<i>quinapril hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>ramipril</i> CAPS 1.25mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	1	GC
<i>trandolapril</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg	1	GC
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE ALDOSTERONA</b>		
<i>eplerenone</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>spironolactone</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
<b>ALFA BLOQUEADORES</b>		
<i>doxazosin mesylate</i> TABS 1mg, 2mg, 4mg, 8mg	2	GC
<i>prazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	3	
<i>terazosin hcl</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg	1	GC
<i>terazosin hcl</i> CAPS 10mg	2	GC
<b>COMBINACIONES DE ANTAGONISTA DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA II</b>		
<i>amlodipine besylate-</i> <i>olmesartan medoxomil tab 5-</i> <i>20 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-</i> <i>olmesartan medoxomil tab 5-</i> <i>40 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-</i> <i>olmesartan medoxomil tab 10-</i> <i>20 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 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
<i>amlodipine besylate-</i> <i>olmesartan medoxomil tab 10-</i> <i>40 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> 1 <i>tab 5-160 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> 1 <i>tab 5-320 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> 1 <i>tab 10-160 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i> 1 <i>tab 10-320 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 5-160-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 5-160-</i> <i>25 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>160-12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>160-25 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>amlodipine-valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 10-</i> <i>320-25 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 16-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<i>candesartan cilexetil-</i> <i>hydrochlorothiazide tab 32-</i> <i>12.5 mg</i>	1	GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 ENTRESTO TAB 49-51MG ENTRESTO TAB 97-103MG	3	
irbesartan-hydrochlorothiazide 1 tab 150-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
irbesartan-hydrochlorothiazide 1 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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- 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 1 tab 80-12.5 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL

**PA** - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**ED** - Medicamento Excluido

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

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

**QL** - Cantidad Limitada

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

**B/D**

22

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
valsartan-hydrochlorothiazide tab 320-25 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
<b>ANTAGONISTAS DEL RECEPTOR DE LA ANGIOTENSINA</b>		
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	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
<b>ANTIARRÍTMICOS</b>		
amiodarone hcl SOLN 50mg/ml, 900mg/18ml	2	GC

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
amiodarone hcl TABS 100mg, 400mg	4	
amiodarone hcl TABS 200mg	1	GC
disopyramide phosphate CAPS 100mg, 150mg	4	
dofetilide CAPS 125mcg, 250mcg, 500mcg	4	
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
<b>ANTILIPÉMICS, FIBRATES</b>		
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
<b>ANTILIPÉMICOS, LOS INHIBIDORES DE LA HMG-COA REDUCTASA</b>		
ALTOPREV TB24 20mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL ST
ALTOPREV TB24 40mg, 60mg QL (30 tabs / 30 días)	5	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.

**ST** - Terapia Escalonada      **B/D**      23  
**LA** - Disponibilidad Limitada  
**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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, 1 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
<b>ANTILIPÉMICOS, VARIOS</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ezetimibe-simvastatin tab 10- 20 mg QL (30 tabs / 30 días)	1	GC QL
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	
<b>BETABLOQUEANTE / DIURÉTICO COMBINACIONES</b>		
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	

**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

**B/D**

24

**SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dilt-xr CP24 120mg, 180mg, 240mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl CP12 60mg, 90mg, 120mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl SOLN 25mg/5ml, 50mg/10ml, 125mg/25ml</i>	3	
<i>diltiazem hcl TABS 30mg, 60mg, 90mg, 120mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg</i>	2	GC
<i>diltiazem hcl coated beads CP24 360mg</i>	4	
<i>diltiazem hcl coated beads TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>diltiazem hcl extended release beads CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	2	GC
<i>felodipine TB24 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>isradipine CAPS 2.5mg, 5mg</i>	3	
<i>matzim la TB24 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</i>	3	
<i>nicardipine hcl CAPS 20mg, 30mg</i>	4	
<i>nifedipine TB24 30mg, 60mg, 90mg</i>	3	
<i>nimodipine CAPS 30mg</i>	4	
<i>nisoldipine TB24 8.5mg, 17mg, 20mg, 25.5mg, 30mg, 34mg, 40mg</i>	4	
<i>NYMALIZE SOLN 6mg/ml</i>	5	
<i>taztia xt CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg</i>	2	GC
<i>tiadylt er CP24 120mg, 180mg, 240mg, 300mg, 360mg, 420mg</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**

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
verapamil hcl CP24 100mg, 200mg, 300mg, 360mg; SOLN 2.5mg/ml	4	
verapamil hcl CP24 120mg, 180mg, 240mg	3	
verapamil hcl TABS 40mg, 80mg, 120mg	1	GC
verapamil hcl TBCR 120mg, 180mg, 240mg	2	GC
<b>DIURÉTICOS</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
triamterene & hydrochlorothiazide tab 37.5- 25 mg	1	GC
triamterene & hydrochlorothiazide tab 75-50 mg	1	GC
<b>VARIOS</b>		
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	

**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**

26

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clonidine hcl</i> TABS .1mg,.2mg, .3mg	1	GC
CORLANOR SOLN 5mg/5ml; TABS 5mg, 7.5mg	4	
DEMSER CAPS 250mg	5	PA
<i>digitek</i> TABS .125mg, .25mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digox</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>digoxin</i> SOLN .05mg/ml, .25mg/ml	4	
<i>digoxin</i> TABS 125mcg, 250mcg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>guanfacine hcl</i> TABS 1mg, 2mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydralazine hcl</i> SOLN 20mg/ml	4	
<i>hydralazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	2	GC
<i>methyldopa</i> TABS 250mg, 500mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>metyrosine</i> CAPS 250mg	5	PA
<i>midodrine hcl</i> TABS 2.5mg, 5mg	3	
<i>midodrine hcl</i> TABS 10mg	4	
<i>minoxidil</i> TABS 2.5mg, 10mg	2	GC
NORTHERA CAPS 100mg QL (90 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NORTHERA CAPS 200mg, 300mg QL (180 caps / 30 días)	5	QL LA PA
<i>ranolazine</i> TB12 500mg, 1000mg	4	
<b>NITRATOS</b>		
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 5mg, 10mg, 20mg, 30mg	3	
<i>isosorbide dinitrate</i> TABS 40mg	5	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>isosorbide mononitrate</i> TABS 10mg, 20mg	2	GC
<i>isosorbide mononitrate</i> TB24 30mg, 60mg, 120mg	1	GC
<i>minitran</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr	3	
NITRO-BID OINT 2%	3	
NITRO-DUR PT24 .3mg/hr, .8mg/hr	4	
<i>nitroglycerin</i> PT24 .1mg/hr, .2mg/hr, .4mg/hr, .6mg/hr; SUBL .3mg, .4mg, .6mg	3	
<b>HIPERTENSIÓN ARTERIAL PULMONAR</b>		
ADEMPAS TABS .5mg, 1mg, 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, 50mg/20ml, 100mg/20ml, 200mg/20ml	5	LA PA
VENTAVIS SOLN 10mcg/ml, 20mcg/ml	5	PA
<b>SISTEMA NERVIOSO CENTRAL CONTRA LA ANSIEDAD</b>		
<i>alprazolam</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg QL (150 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>buspirone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 15mg	1	GC
<i>buspirone hcl</i> TABS 7.5mg, 30mg	3	
<i>fluvoxamine maleate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	3	

**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>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
<b>ANTICONVULSIVOS</b>		
APTIOM TABS 200mg, 400mg, 600mg, 800mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL
BANZEL SUSP 40mg/ml; 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	4	
CELONTIN CAPS 300mg	4	
<i>clobazam</i> SUSP 2.5mg/ml QL (480 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>clobazam</i> TABS 10mg, 20mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clonazepam</i> TABS 2mg QL (300 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TABS .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>clonazepam</i> TBDP 2mg QL (300 tabs / 30 días)	3	QL
<i>clonazepam</i> TBDP .125mg, .25mg, .5mg, 1mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>clorazepate dipotassium</i> TABS 3.75mg, 7.5mg, 15mg QL (180 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA
DIACOMIT CAPS 250mg, 500mg; PACK 250mg, 500mg	5	LA PA
<i>diazepam</i> CONC 5mg/ml QL (240 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> SOLN 5mg/5ml QL (1200 mL / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	3	QL PA
<i>diazepam</i> TABS 2mg, 5mg, 10mg QL (120 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	2	GC QL PA
<i>diazepam (anticonvulsant)</i> GEL 2.5mg, 10mg, 20mg	4	
<i>diazepam inj</i> SOLN 5mg/ml	4	
DILANTIN CAPS 30mg, 100mg	4	
DILANTIN INFATABS CHEW 50mg	4	
DILANTIN-125 SUSP 125mg/5ml	4	
<i>divalproex sodium</i> CSDR 125mg	4	
<i>divalproex sodium</i> TB24 250mg, 500mg; TBEC 125mg, 250mg, 500mg	3	
EPIDIOLEX SOLN 100mg/ml QL (600 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<i>epitol</i> TABS 200mg	3	
<i>ethosuximide</i> CAPS 250mg	4	
<i>ethosuximide</i> SOLN 250mg/5ml	3	
<i>felbamate</i> SUSP 600mg/5ml	5	
<i>felbamate</i> TABS 400mg, 600mg	4	

**PA** - Autorización Previa

- 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

**28**

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
FINTEPLA SOLN 2.2mg/ml QL (360 mL / 30 días)	5	QL LA PA
FYCOMPA SUSP .5mg/ml QL (720 mL / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
FYCOMPA TABS 4mg, 6mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FYCOMPA TABS 8mg, 10mg, 12mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>gabapentin</i> CAPS 100mg QL (1080 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 300mg QL (360 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> CAPS 400mg QL (270 caps / 30 días)	2	GC QL
<i>gabapentin</i> SOLN 250mg/5ml QL (2160 mL / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 600mg QL (180 tabs / 30 días)	3	QL
<i>gabapentin</i> TABS 800mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL
<i>lamotrigine</i> CHEW 5mg, 25mg	3	
<i>lamotrigine</i> TABS 25mg, 100mg, 150mg, 200mg	1	GC
<i>lamotrigine</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 250mg, 300mg; TBDP 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>levetiracetam</i> SOLN 100mg/ml; TABS 250mg, 500mg, 750mg, 1000mg; TB24 500mg, 750mg	3	
<i>levetiracetam</i> SOLN 500mg/5ml	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i>	4	
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i>	4	

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

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

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

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

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

**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

30

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>rivastigmine</i> PT24 4.6mg/24hr, 9.5mg/24hr, 13.3mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 1.5mg, 3mg QL (90 caps / 30 días)	4	QL
<i>rivastigmine tartrate</i> CAPS 4.5mg, 6mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<b>ANTIDEPRESIVOS</b>		
<i>amitriptyline hcl</i> TABS 10mg, 3 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	3	
<i>amoxapine</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg, 150mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TABS 75mg, 100mg; TB24 150mg, 300mg	3	
<i>bupropion hcl</i> TB12 100mg, 150mg, 200mg	2	GC
<i>citalopram hydrobromide</i> SOLN 10mg/5ml	3	
<i>citalopram hydrobromide</i> TABS 10mg, 20mg, 40mg	1	GC
<i>clomipramine hcl</i> CAPS 25mg, 50mg, 75mg	4	PA
<i>desipramine hcl</i> TABS 10mg, 4 25mg, 50mg, 75mg, 100mg, 150mg	4	
<i>desvenlafaxine succinate</i> TB24 25mg, 50mg, 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>doxepin hcl</i> CAPS 10mg, 25mg, 50mg, 75mg, 100mg; CONC 10mg/ml	3	
<i>doxepin hcl</i> CAPS 150mg	4	
DRIZALMA SPRINKLE CSDR 20mg, 30mg, 40mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>duloxetine hcl</i> CPEP 20mg, 30mg, 60mg QL (60 caps / 30 días)	3	QL

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

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

31

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
protriptyline hcl TABS 5mg, 10mg	4	
sertraline hcl CONC 20mg/ml	3	
sertraline hcl TABS 25mg, 50mg, 100mg	1	GC
tranylcypromine sulfate TABS 10mg	4	
trazodone hcl TABS 50mg, 100mg, 150mg	1	GC
trimipramine maleate CAPS 25mg	4	QL
QL (240 caps / 30 días)		
trimipramine maleate CAPS 50mg	4	QL
QL (120 caps / 30 días)		
trimipramine maleate CAPS 100mg	4	QL
QL (60 caps / 30 días)		
TRINTELLIX TABS 5mg	4	QL
QL (120 tabs / 30 días)		
TRINTELLIX TABS 10mg	4	QL
QL (60 tabs / 30 días)		
TRINTELLIX TABS 20mg	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
venlafaxine hcl CP24 37.5mg, 75mg, 150mg	2	GC
venlafaxine hcl TABS 25mg, 37.5mg, 50mg, 75mg, 100mg	3	
VIIBRYD TABS 10mg, 20mg, 40mg	4	QL
QL (30 tabs / 30 días)		
VIIBRYD KIT STARTER	4	
<b>ANTIPARKINSONIANOS</b>		
amantadine hcl CAPS 100mg	3	QL
QL (120 caps / 30 días)		
amantadine hcl SYRP 50mg/5ml	2	GC
amantadine hcl TABS 100mg	3	
APOKYN SOCT 30mg/3ml	5	QL LA PA
QL (20 cartridges / 30 días)		
benztropine mesylate SOLN 1mg/ml	4	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
benztropine mesylate TABS .5mg, 1mg, 2mg	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
bromocriptine mesylate CAPS 5mg; TABS 2.5mg	4	
carbidopa TABS 25mg	4	
carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 10-100 mg	4	
carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-100 mg	4	
carbidopa & levodopa orally disintegrating tab 25-250 mg	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	
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	

**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

**32**

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
ARISTADA PRSY 441mg/1.6ml, 662mg/2.4ml, 882mg/3.2ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
ARISTADA PRSY 1064mg/3.9ml QL (1 inyección / 56 días)	5	QL
ARISTADA INITIO PRSY 675mg/2.4ml	5	
<i>asenapine maleate</i> SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
CAPLYTA CAPS 42mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>chlorpromazine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/2ml; TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg, 200mg	4	
<i>clozapine</i> TABS 25mg, 50mg	3	
<i>clozapine</i> TABS 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TABS 200mg QL (135 tabs / 30 días)	4	QL
<i>clozapine</i> TBDP 12.5mg, 25mg	4	PA
<i>clozapine</i> TBDP 100mg QL (270 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 150mg QL (180 tabs / 30 días)	5	QL PA
<i>clozapine</i> TBDP 200mg QL (135 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT TABS 1mg, 2mg, 4mg, 6mg, 8mg, 10mg, 12mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
FANAPT PAK	4	PA
<i>fluphenazine decanoate</i> SOLN 25mg/ml	4	
<i>fluphenazine hcl</i> CONC 5mg/ml; ELIX 2.5mg/5ml; SOLN 2.5mg/ml; TABS 1mg, 2.5mg, 5mg, 10mg	4	
<i>haloperidol</i> TABS .5mg, 1mg, 3 2mg, 5mg, 10mg, 20mg		

**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**

33

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>haloperidol decanoate</i> SOLN 3 50mg/ml, 100mg/ml	3	
<i>haloperidol lactate</i> CONC 3 2mg/ml; SOLN 5mg/ml	3	
INVEGA SUSTENNA SUSY 4 39mg/0.25ml QL (1 inyección / 28 días)	4	QL
INVEGA SUSTENNA SUSY 5 78mg/0.5ml, 117mg/0.75ml, 156mg/ml, 234mg/1.5ml QL (1 inyección / 28 días)	5	QL
INVEGA TRINZA SUSY 5 273mg/0.875ml, 410mg/1.315ml, 546mg/1.75ml, 819mg/2.625ml QL (1 inyección / 90 días)	5	QL
LATUDA TABS 20mg, 40mg, 4 60mg, 120mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
LATUDA TABS 80mg 4 QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>loxpiprazine succinate</i> CAPS 3 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
<i>molindone hcl</i> TABS 5mg, 10mg, 25mg	4	
NUPLAZID CAPS 34mg 5 QL (30 caps / 30 días)	5	QL LA PA
NUPLAZID TABS 10mg 5 QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>olanzapine</i> SOLR 10mg 4 QL (3 viales / 1 día)	4	QL
<i>olanzapine</i> TABS 2.5mg, 5mg, 10mg 2 QL (60 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TABS 7.5mg, 15mg, 20mg 2 QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
<i>olanzapine</i> TBDP 5mg, 15mg, 20mg 4 QL (30 tabs / 30 días)	4	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>olanzapine</i> TBDP 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 1.5mg, 3mg, 9mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>paliperidone</i> TB24 6mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
<i>perphenazine</i> TABS 2mg, 4mg, 8mg, 16mg	3	
PERSERIS PRSY 90mg, 120mg QL (1 inyección / 30 días)	5	QL
<i>pimozide</i> TABS 1mg, 2mg	4	
<i>quetiapine fumarate</i> TABS 3 25mg, 50mg, 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	3	
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 50mg, 300mg, 400mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>quetiapine fumarate</i> TB24 150mg, 200mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
REXULTI TABS 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
REXULTI TABS .25mg, .5mg, 4 1mg, 2mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 4 12.5mg, 25mg QL (2 inyecciones / 28 días)	4	QL
RISPERDAL CONSTA SRER 5 37.5mg, 50mg QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL
<i>risperidone</i> SOLN 1mg/ml QL (240 mL / 30 días)	3	QL
<i>risperidone</i> TABS .25mg, .5mg, 1mg, 2mg, 3mg, 4mg	2	GC
<i>risperidone</i> TBDP 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL

**PA** - Autorización Previa

- 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>risperidone</i> TBDP .25mg,.5mg QL (90 tabs / 30 días)	4	QL
SAPHRIS SUBL 2.5mg, 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL
SECUADO PT24 3.8mg/24hr, 4 5.7mg/24hr, 7.6mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL
<i>thioridazine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg, 100mg	3	
<i>thiothixene</i> CAPS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	4	
<i>trifluoperazine hcl</i> TABS 1mg, 2mg, 5mg, 10mg	3	
VERSACLOZ SUSP 50mg/ml 5 QL (600 mL / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAPS 1.5mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAPS 3mg, 4.5mg, 6mg QL (30 caps / 30 días)	5	QL PA
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	4	PA
<i>ziprasidone hcl</i> CAPS 20mg, 40mg, 60mg, 80mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>ziprasidone mesylate</i> SOLR 20mg QL (6 inyecciones / 3 días)	4	QL
ZYPREXA RELPREVV SUSR 210mg QL (2 viales / 28 días)	4	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 300mg QL (2 viales / 28 días)	5	QL PA
ZYPREXA RELPREVV SUSR 405mg QL (1 vial / 28 días)	5	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD</b>		
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 5 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 10 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 15 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 20 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 25 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine cap er</i> 24hr 30 mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 7.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 10 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 12.5 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 15 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA

**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**      35

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 20 mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>amphetamine-dextroamphetamine tab 30 mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>atomoxetine hcl CAPS 10mg, 18mg, 25mg</i> QL (120 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 40mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL
<i>atomoxetine hcl CAPS 60mg, 80mg, 100mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 2.5mg, 5mg</i> QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>dexmethylphenidate hcl TABS 10mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>guanfacine hcl (adhd) TB24</i> 1mg, 2mg, 3mg, 4mg QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	QL PA
<i>metadate er TBCR 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl CHEW 2.5mg, 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 5mg/5ml</i> QL (1800 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl SOLN 10mg/5ml</i> QL (900 mL / 30 días)	4	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 5mg, 10mg</i> QL (180 tabs / 30 días)	3	QL PA
<i>methylphenidate hcl TABS 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>methylphenidate hcl TBCR 10mg, 20mg</i> QL (90 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CAPS 40mg, 50mg, 60mg, 70mg</i> QL (30 caps / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 10mg, 20mg, 30mg</i> QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
<i>VYVANSE CHEW 40mg, 50mg, 60mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
<b>HIPNÓTICOS</b>		
<i>BELSOMRA TABS 5mg, 10mg, 15mg, 20mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
<i>doxepin hcl (sleep) TABS 3mg, 6mg</i> QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
<i>HETLIOZ CAPS 20mg</i>	5	LA PA
<i>temazepam CAPS 7.5mg</i> QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
<i>temazepam CAPS 15mg</i> QL (60 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más después de un suministro de 90 días en un año	4	QL PA
<i>temazepam CAPS 30mg</i> QL (30 caps / 30 días) Se aplica PA si tienen 65 años o más	4	QL PA

**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>zolpidem tartrate</i> TABS 5mg, 10mg	2	GC QL PA  QL (30 tabs / 30 días) Se aplica PA si tienen 70 años o más después de un suministro de 90 días en un año
<b>MIGRAÑA</b>		
<i>AIMOVIG</i> SOAJ 70mg/ml, 140mg/ml	3	QL PA  QL (1 pen / 30 días)
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 1mg/ml	5	
<i>dihydroergotamine mesylate</i> SOLN 4mg/ml	5	QL PA  QL (8 mL / 30 días)
<i>ergotamine w/ caffeine tab 1- 100 mg</i>	3	
<i>frovatriptan succinate</i> TABS 2.5mg	4	QL  QL (18 tabs / 30 días)
<i>naratriptan hcl</i> TABS 1mg, 2.5mg	3	QL  QL (12 tabs / 30 días)
<i>rizatriptan benzoate</i> TABS 5mg, 10mg; TBDP 5mg, 10mg	3	QL  QL (18 tabs / 30 días)
<i>sumatriptan</i> SOLN 5mg/act	4	QL  QL (24 inhaladores / 30 días)
<i>sumatriptan</i> SOLN 20mg/act	4	QL  QL (12 inhaladores / 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 4mg/0.5ml; SOCT 4mg/0.5ml	4	QL  QL (18 inyecciones / 30 días)
<i>sumatriptan succinate</i> SOAJ 6mg/0.5ml; SOCT 6mg/0.5ml; SOLN 6mg/0.5ml; SOSY 6mg/0.5ml	4	QL  QL (12 inyecciones / 30 días)

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>sumatriptan succinate</i> TABS 25mg, 50mg, 100mg	2	GC QL  QL (12 tabs / 30 días)
<i>zolmitriptan</i> TABS 2.5mg, 5mg; TBDP 2.5mg, 5mg	4	QL  QL (12 tabs / 30 días)
<b>VARIOS</b>		
<i>AUSTEDO</i> TABS 6mg	5	QL PA  QL (60 tabs / 30 días)
<i>AUSTEDO</i> TABS 9mg, 12mg	5	QL PA  QL (120 tabs / 30 días)
<i>GRALISE</i> TABS 300mg	4	QL PA  QL (180 tabs / 30 días)
<i>GRALISE</i> TABS 600mg	4	QL PA  QL (90 tabs / 30 días)
<i>INGREZZA</i> CAPS 40mg, 80mg	5	QL PA  QL (30 caps / 30 días)
<i>INGREZZA</i> CAP 40-80MG	5	QL PA  QL (28 caps / 28 días)
<i>LITHIUM</i> 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
<i>LYRICA CR</i> TB24 82.5mg, 165mg, 330mg	3	QL PA  QL (60 tabs / 30 días)
<i>NUEDEXTA</i> CAP 20-10MG	4	QL PA  QL (60 caps / 30 días)
<i>pyridostigmine bromide</i> TABS 60mg		
<i>riluzole</i> TABS 50mg	4	
<i>SAVELLA</i> TABS 12.5mg, 25mg, 50mg, 100mg	4	QL PA  QL (60 tabs / 30 días)
<i>SAVELLA MIS TITR PAK</i>	4	PA
<i>tetrabenazine</i> TABS 12.5mg	5	QL PA  QL (90 tabs / 30 días)
<i>tetrabenazine</i> TABS 25mg	5	QL PA  QL (120 tabs / 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.

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

**B/D**

37

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>AGENTES PARA LA ESCLEROSIS MÚLTIPLE</b>		
BETASERON KIT .3mg QL (14 jeringas / 28 días)	5	QL PA
dalfampridine TB12 10mg	3	PA
GILENYA CAPS .5mg QL (28 caps / 28 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatiramer acetate SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 20mg/ml QL (30 jeringas / 30 días)	5	QL PA
glatopa SOSY 40mg/ml QL (12 jeringas / 28 días)	5	QL PA
<b>AGENTES PARA LA TERAPIA MUSCULOESQUELETAL</b>		
baclofen TABS 10mg, 20mg	3	
cyclobenzaprine hcl TABS 5mg, 10mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
dantrolene sodium CAPS 25mg, 50mg, 100mg	4	
tizanidine hcl TABS 2mg, 4mg	2	GC
<b>NARCOLEPSIA / CATAPLEJÍA</b>		
armodafinil TABS 50mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
armodafinil TABS 150mg, 200mg, 250mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL PA
modafinil TABS 100mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL PA
modafinil TABS 200mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
XYREM SOLN 500mg/ml QL (540 mL / 30 días)	5	QL LA PA
<b>PSICOTERAPÉUTICOS / VARIOS</b>		
acamprosate calcium TBEC 333mg	4	
buprenorphine hcl SUBL 2mg, 8mg QL (90 tabs / 30 días)	3	QL PA
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 4-1 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 8-2 mg (base equiv) QL (90 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl film 12-3 mg (base equiv) QL (60 films / 30 días)	4	QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 2-0.5 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
buprenorphine hcl-naloxone hcl sl tab 8-2 mg (base equiv) QL (90 tabs / 30 días)	2	GC QL
bupropion hcl (smoking deterrent) TB12 150mg	3	
CHANTIX TABS .5mg, 1mg 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	

**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
NICOTROL NS SOLN 10mg/ml	4	
VIVITROL SUSR 380mg	5	
<b>ENDOCRINO Y METABÓLICO</b>		
<b>ANDRÓGENOS</b>		
ANADROL-50 TABS 50mg	5	PA
ANDRODERM PT24 2mg/24hr, 4mg/24hr QL (30 parches / 30 días)	4	QL PA
oxandrolone TABS 2.5mg QL (120 tabs / 30 días)	3	QL PA
oxandrolone TABS 10mg QL (60 tabs / 30 días)	4	QL PA
testosterone GEL 1%, 25mg/2.5gm, 50mg/5gm QL (300 gm / 30 días)	4	QL PA
testosterone cypionate SOLN 3 100mg/ml, 200mg/ml	3	PA
testosterone enanthate SOLN 3 200mg/ml	3	PA
<b>ANTIDIABETICS</b>		
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
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

**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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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
nateglinide TABS 60mg, 120mg QL (90 tabs / 30 días)	1	GC QL
OZEMPIC (0.25 OR 0.5MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (1 pen / 28 días)	3	QL
OZEMPIC (1MG/DOSE) SOPN 2mg/1.5ml QL (2 pens / 28 días)	3	QL
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, 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

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

**PA** - Autorización Previa      **QL** - Cantidad Limitada  
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente  
**ED** - Medicamento Excluido    **GC** - Cobertura de Brecha  
aplica a AvMed Medicare 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
<b>ANTIDIABETICS, INSULINS</b>		
BASAGLAR KWIKPEN	3	
SOPN 100unit/ml		
SI		
BD ALCOHOL SWABS	3	
FIASP FLEX INJ TOUCH	3	
SI		
FIASP INJ 100/ML	3	
SI		
FIASP PENFIL INJ U-100	3	
SI		
GAUZE PADS 2" X 2"	3	
HUMULIN R U-500 (CONCENTR SOLN	5	B/D
500unit/ml		
SI		
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	5	
SOPN 500unit/ml		
SI		
INSULIN SAFETY NEEDLES	3	
INSULIN SYRINGES:	3	
BD/ULTIMED/ALLISON/TRIVI DIA/MHC		
LEVEMIR SOLN 100unit/ml	3	
SI		
LEVEMIR FLEXTOUCH	3	
SOPN 100unit/ml		
SI		
NOVOLIN INJ 70/30	3	
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLIN INJ 70/30 FP	3	
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLIN N SUSP	3	
100unit/ml		
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLIN N FLEXPEN	3	
SUPN 100unit/ml		
SI (brand RELION not covered)		

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
NOVOLIN R SOLN	3	
100unit/ml		
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLIN R FLEXPEN	3	
SOPN 100unit/ml		
SI (brand RELION not covered)		
NOVOLOG SOLN 100unit/ml	3	
SI		
NOVOLOG FLEXPEN SOPN	3	
100unit/ml		
SI		
NOVOLOG MIX INJ 70/30	3	
SI		
NOVOLOG MIX INJ FLEXPEN	3	
SI		
NOVOLOG PENFILL SOCT	3	
100unit/ml		
SI		
OMNIPOD KIT STARTER	4	QL PA
QL (1 kit / año)		
OMNIPOD MIS 5 PACK	4	QL PA
QL (10 boxes / 30 días)		
PEN NEEDLES: NOVO/BD/ULTIMED/OWEN/ TRIVIDIA	3	
SOLIQUA INJ 100/33	3	QL
QL (10 pens / 30 días)		
SI		
TRESIBA SOLN 100unit/ml	3	
SI		
TRESIBA FLEXTOUCH	3	
SOPN 100unit/ml, 200unit/ml		
SI		
V-GO 20 KIT	4	QL PA
QL (1 kit / 30 días)		
V-GO 30 KIT	4	QL PA
QL (1 kit / 30 días)		
V-GO 40 KIT	4	QL PA
QL (1 kit / 30 días)		
XULTOPHY INJ 100/3.6	3	QL
QL (5 pens / 30 días)		
SI		

**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
<b>CALCIUM REGULATORS</b>		
alendronate sodium SOLN 70mg/75ml	4	
alendronate sodium TABS 10mg, 35mg, 70mg	1	GC
calcitonin (salmon) SOLN 200unit/act	3	B/D
FORTEO SOPN 600mcg/2.4ml	5	PA
FOSAMAX + D TAB 70-2800	4	ST
FOSAMAX + D TAB 70-5600	4	ST
ibandronate sodium SOLN 3mg/3ml	4	B/D QL QL (1 inyección / 90 días)
ibandronate sodium TABS 150mg	3	B/D
NATPARA CART 25mcg, 50mcg, 75mcg, 100mcg	5	PA
PAMIDRONATE DISODIUM SOLN 6mg/ml	3	B/D
pamidronate disodium SOLN 30mg/10ml, 90mg/10ml; SOLR 30mg, 90mg	3	B/D
PROLIA SOSY 60mg/ml QL (1 inyección / 180 días)	4	QL
risedronate sodium TABS 5mg, 30mg, 35mg, 150mg; TBEC 35mg	4	
TYMLOS SOPN 3120mcg/1.56ml	5	PA
XGEVA SOLN 120mg/1.7ml	5	PA
zoledronic acid CONC 4mg/5ml; SOLN 4mg/100ml, 5mg/100ml	4	B/D
<b>AGENTES QUELANTES</b>		
CHEMET CAPS 100mg	4	
clovique CAPS 250mg	5	PA
deferasirox PACK 90mg, 180mg, 360mg; TABS 90mg, 180mg, 360mg	5	PA
LOKELMA PACK 5gm, 10gm	3	
penicillamine TABS 250mg	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
sodium polystyrene sulfonate powder	3	
sps SUSP 15gm/60ml	3	
trientine hcl CAPS 250mg	5	PA
VELTASSA PACK 8.4gm, 16.8gm, 25.2gm	4	PA
<b>ANTICONCEPTIVOS</b>		
afirmelle	2	GC
altavera	2	GC
alyacen 1/35	2	GC
alyacen 7/7/7	2	GC
apri	2	GC
aranelle	3	
aubra eq	2	GC
aurovela 1/20	3	
aurovela fe 1.5/30	2	GC
aurovela fe 1/20	2	GC
aviane	2	GC
ayuna	2	GC
azurette	3	
balziva	3	
bekyree	3	
blisovi fe 1.5/30	2	GC
briellyn	3	
camila TABS .35mg	2	GC
caziant	3	
chateal	2	GC
cryselle-28	2	GC
cyclafem 1/35	2	GC
cyclafem 7/7/7	2	GC
cyred eq	2	GC
dasetta 1/35	2	GC
dasetta 7/7/7	2	GC
deblitane TABS .35mg	2	GC
desogest-eth estrad & eth estrad tab 0.15-0.02/0.01 mg(21/5)	3	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.02 mg	3	
drospirenone-ethinyl estradiol tab 3-0.03 mg	3	
elonest	2	GC
ELLA TABS 30mg	3	

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

42

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
eluryng	4	
emoquette	2	GC
enpresse-28	2	GC
enskyce	2	GC
errin TABS .35mg	2	GC
estarylla	2	GC
ethynodiol diacetate & ethynyl estradiol tab 1 mg-35 mcg	3	
ethynodiol diacetate & ethynyl estradiol tab 1 mg-50 mcg	3	
etongestrel-ethynodiol 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 & ethynodiol estradiol (91-día) tab 0.15- 0.03 mg	3	
levonorgestrel & ethynodiol estradiol tab 0.1 mg-20 mcg	2	GC
levonorgestrel & ethynodiol estradiol tab 0.15 mg-30 mcg	2	GC
levonorgestrel-ethynodiol estradiol 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 & ethynodiol estradiol tab 1 mg-20 mcg	3	
norethindrone ace & ethynodiol estradiol tab 1.5 mg-30 mcg	3	
norethindrone ace & ethynodiol 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**

43

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
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-estarrylla	2	GC
tri-legest fe	3	
tri-linyah	2	GC
tri-lo-estarrylla	3	
tri-lo-marzia	3	
tri-lo-mili	3	
tri-lo-sprintec	3	
tri-mili	2	GC
tri-previfem	2	GC
tri-sprintec	2	GC
tri-vylibra	2	GC
tri-vylibra lo	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
trivora-28	2	GC
tulana TABS .35mg	2	GC
velivet	3	
vienna	2	GC
viorele	3	
vyfemla	3	
vylibra	2	GC
wera	3	
xulane	4	
zarah	3	
zovia 1/35e	3	
zumandimine	3	
<b>ENDOMETRIOSIS</b>		
danazol CAPS 50mg, 100mg, 200mg	4	
SYNAREL SOLN 2mg/ml	5	
<b>ESTRÓGENOS</b>		
amabelz	3	
DELESTROGEN OIL 10mg/ml	4	
dotti PTTW .025mg/24hr, .037mg/24hr, .05mg/24hr, .075mg/24hr, .1mg/24hr	3	
estradiol PTTW .025mg/24hr, .037mg/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	
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	

**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
fyavolv tab 1mg-5mcg	3	
jinteli	3	
lopreeza	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	
yuvafem TABS 10mcg	4	
<b>GLUCOCORTICOIDES</b>		
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
<b>AGENTES PARA ELEVAR LOS NIVELES DE GLUCOSA</b>		
diazoxide SUSP 50mg/ml	5	
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SOAJ .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
GVOKE PFS SOSY .5mg/0.1ml, 1mg/0.2ml	3	
<b>VARIOS</b>		
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
cinacalctet hcl TABS 30mg QL (120 tabs / 30 días)	4	B/D QL
cinacalctet hcl TABS 60mg QL (60 tabs / 30 días)	5	B/D QL
cinacalctet hcl TABS 90mg QL (120 tabs / 30 días)	5	B/D QL
CYSTADANE POW	5	LA
CYSTAGON CAPS 50mg, 150mg	4	LA PA
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

**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
GENOTROPIN MINIQUICK	5	PA
SOLR .2mg, .4mg, .6mg, .8mg, 1mg, 1.2mg, 1.4mg, 1.6mg, 1.8mg, 2mg		
INCRELEX SOLN 40mg/4ml	5	LA PA
KORLYM TABS 300mg	5	LA PA
KUVAN PACK 100mg, 500mg; TBSO 100mg	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; TBSO 100mg	5	PA
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>AGENTES AGLUTINANTES DE FOSFATO</b>		
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
<b>PROGESTINAS</b>		
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	
<b>AGENTES TIROIDEOS</b>		
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

**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>levoxyt TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg</i>		GC
<i>liothyronine sodium TABS 5mcg, 25mcg, 50mcg</i>	3	
<i>methimazole TABS 5mg, 10mg</i>	1	GC
<i>propylthiouracil TABS 50mg</i>	3	
<i>SYNTHROID TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	4	
<i>unithroid TABS 25mcg, 50mcg, 75mcg, 88mcg, 100mcg, 112mcg, 125mcg, 137mcg, 150mcg, 175mcg, 200mcg, 300mcg</i>	2	GC
<b>VITAMIN D ANALOGS</b>		
<i>calcitriol CAPS .25mcg, .5mcg</i>	2	GC B/D
<i>calcitriol SOLN 1mcg/ml</i>	4	B/D
<i>doxercalciferol CAPS .5mcg, 1mcg, 2.5mcg</i>	4	B/D
<i>paricalcitol CAPS 1mcg, 2mcg, 4mcg</i>	4	B/D
<i>RAYALDEE CPCR 30mcg</i>	5	
<b>GASTROINTESTINAL ANTIEMÉTICOS</b>		
<i>aprepitant CAPS 40mg, 80mg, 125mg</i>	4	B/D
<i>aprepitant capsule therapy pack 80 &amp; 125 mg</i>	4	B/D
<i>compro SUPP 25mg</i>	4	
<i>dronabinol CAPS 2.5mg, 5mg, 10mg</i>	4	B/D QL QL (60 caps / 30 días)
<i>EMEND SUSR 125mg/5ml</i>	4	B/D
<i>granisetron hcl SOLN 1mg/ml, 4mg/4ml</i>	3	
<i>granisetron hcl TABS 1mg</i>	4	B/D
<i>meclizine hcl TABS 12.5mg, 25mg</i>	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.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>metoclopramide hcl SOLN 5mg/5ml, 5mg/ml</i>	3	
<i>metoclopramide hcl TABS 5mg, 10mg</i>	1	GC
<i>ondansetron TBDP 4mg, 8mg</i>	3	B/D
<i>ondansetron hcl SOLN 4mg/2ml, 40mg/20ml</i>	3	
<i>ondansetron hcl SOLN 4mg/5ml</i>	4	B/D
<i>ondansetron hcl TABS 4mg, 8mg, 24mg</i>	3	B/D
<i>prochlorperazine SUPP 25mg</i>	4	
<i>prochlorperazine edisylate SOLN 10mg/2ml</i>	4	
<i>prochlorperazine maleate TABS 5mg, 10mg</i>	2	GC
<i>promethazine hcl SOLN 25mg/ml, 50mg/ml; SYRP 6.25mg/5ml; TABS 12.5mg, 25mg, 50mg</i>	3	PA
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<i>SANCUSO PTCH 3.1mg/24hr</i>	5	QL
QL (4 parches / 28 días)		
<i>scopolamine PT72 1mg/3days</i>	4	QL PA
QL (10 parches / 30 días)		
Se aplica PA si tienen 70 años o más		
<b>ANTIESPASMÓDICOS</b>		
<i>dicyclomine hcl CAPS 10mg; TABS 20mg</i>	3	
<i>dicyclomine hcl SOLN 10mg/5ml</i>	4	
<i>glycopyrrolate TABS 1mg, 2mg</i>	3	
<b>ANTAGONISTA DE LOS RECEPTORES DE LA H2</b>		
<i>famotidine SOLN 20mg/2ml, 40mg/4ml, 200mg/20ml</i>	3	
<i>famotidine SUSR 40mg/5ml</i>	4	QL
QL (300 mL / 30 días)		

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

47

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 3 20 mg/50ml	3	
nizatidine CAPS 150mg, 300mg	3	
<b>ENFERMEDAD INFLAMATORIA INTESTINAL</b>		
balsalazide disodium CAPS 750mg	3	
budesonide CPEP 3mg	4	
budesonide TB24 9mg	5	
hydrocortisone ( <i>intrarectal</i> ) 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
mesalamine w/ cleanser KIT 4gm	4	
sulfasalazine TABS 500mg	2	GC
sulfasalazine TBEC 500mg	3	
<b>LASANTES</b>		
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 ( <i>encephalopathy</i> ) SOLN 10gm/15ml	3	
NULYTELY SOL FLAV PKS	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
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
PLENUV SOL	4	
SUPREP BOWEL SOL PREP KIT	4	
trilyte	2	GC
<b>VARIOS</b>		
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
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
<b>ENZIMAS PANCREÁTICAS</b>		
CREON CAP 3000UNIT	3	

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

48

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
<b>INHIBidores DE LA BOMBA DE PROTONES</b>		
DEXILANT CPDR 30mg, 60mg	4	QL  QL (30 caps / 30 días)
esomeprazole magnesium CPDR 20mg, 40mg	4	QL ST  QL (30 caps / 30 días)
lansoprazole CPDR 15mg, 30mg	3	QL  QL (60 caps / 30 días)
lansoprazole TBDD 15mg, 30mg	4	QL  QL (60 tabs / 30 días)
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	3	QL  QL (30 tabs / 30 días)
<b>GENITOURINARIAS</b>		
<b>HIPERPLASIA PROSTÁTICA BENIGNA</b>		
alfuzosin hcl TB24 10mg QL (30 tabs / 30 días)	2	GC QL
dutasteride CAPS .5mg QL (30 caps / 30 días)	3	QL

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
dutasteride-tamsulosin hcl cap 4 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
<b>VARIOS</b>		
acetic acid SOLN .25%	2	GC
bethanechol chloride TABS 5mg, 10mg, 25mg, 50mg	3	
potassium citrate (alkalinizer) TBCR 15meq, 540mg, 1080mg	4	
<b>ANTIESPASMÓDICOS URINARIO</b>		
darifenacin hydrobromide TB24 7.5mg, 15mg QL (30 tabs / 30 días)	4	QL
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		
solifenacin succinate TABS 5mg, 10mg QL (30 tabs / 30 días)	3	QL
tolterodine tartrate CP24 2mg, 4mg QL (30 caps / 30 días)	4	QL ST
tolterodine tartrate 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

**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**      49  
**LA** - Disponibilidad Limitada  
**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<b>ANTIINFECCIOSOS VAGINALES</b>		
clindamycin phosphate vaginal CREA 2%	3	
metronidazole vaginal GEL .75%	3	
terconazole vaginal CREA .4%, .8%; SUPP 80mg	3	
vandazole GEL .75%	3	
<b>HEMATOLÓGICOS</b>		
<b>ANTICOAGULANTES</b>		
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
enoxaparin sodium SOLN 30mg/0.3ml, 40mg/0.4ml, 60mg/0.6ml, 80mg/0.8ml, 100mg/ml, 120mg/0.8ml, 150mg/ml, 300mg/3ml	4	
fondaparinux sodium SOLN 2.5mg/0.5ml	4	
fondaparinux sodium 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	
heparin sodium (porcine) SOLN 1000unit/ml, 5000unit/ml, 10000unit/ml, 20000unit/ml	3	B/D
heparin sodium (porcine) 100 unit/ml in d5w	3	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%	3	
heparin sodium (porcine)-dextrose 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, 110mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	4	QL
warfarin sodium 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
<b>FACTORES DE CRECIMIENTO HEMATOPOYÉTICOS</b>		
PROCRIT SOLN 2000unit/ml, 3000unit/ml, 4000unit/ml, 10000unit/ml	3	PA
PROCRIT SOLN 20000unit/ml, 40000unit/ml	5	PA
ZARXIO SOSY 300mcg/0.5ml, 480mcg/0.8ml	5	PA
<b>VARIOS</b>		
anagrelide hcl CAPS .5mg, 1mg	4	
BERINERT KIT 500unit QL (24 boxes / 30 días)	5	QL LA PA
cilostazol TABS 50mg, 100mg	2	GC
DROXIA CAPS 200mg, 300mg, 400mg	3	
ENDARI PACK 5gm	5	LA PA

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

**ED** - Medicamento Excluido    **GC** - Cobertura de Brecha    **ST** - Terapia Escalonada    **B/D**    **50**  
**SI** – Selectas Insulinas. No se aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).  
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa de Falta de Cobertura.

**LA** - Disponibilidad Limitada

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
HAEGARDA SOLR 2000unit QL (30 viales / 30 días)	5	QL LA PA
HAEGARDA SOLR 3000unit QL (20 viales / 30 días)	5	QL LA PA
<i>icatibant acetate</i> SOLN 30mg/3ml QL (9 jeringas / 30 días)	5	QL PA
<i>pentoxifylline</i> TBCR 400mg	2	GC
PROMACTA PACK 12.5mg QL (360 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA PACK 25mg QL (180 paquetes / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 12.5mg, 25mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
PROMACTA TABS 50mg, 75mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL LA PA
<i>tranexamic acid</i> SOLN 1000mg/10ml	4	
<i>tranexamic acid</i> TABS 650mg	3	
<b>INHIBIDORES DE LA AGREGACIÓN PLAQUETARIA</b>		
aspirin-dipyridamole cap er 12hr 25-200 mg	4	
BRILINTA TABS 60mg, 90mg	4	
clopidogrel bisulfate TABS 75mg	1	GC
dipyridamole TABS 25mg, 50mg, 75mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
prasugrel hcl TABS 5mg, 10mg	3	
<b>AGENTES INMUNOLÓGICOS AUTOIMMUNE AGENTS</b>		
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

**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
ENBREL SOSY 50mg/ml QL (8 jeringas / 28 días)	5	QL PA
ENBREL MINI SOCT 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
ENBREL SURECLICK SOAJ 50mg/ml QL (8 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 10mg/0.1ml, 20mg/0.2ml QL (2 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.4ml QL (6 inyecciones / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PSKT 40mg/0.8ml QL (6 jeringas / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEDIA INJ CROHNS	5	PA
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS D PSKT 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN PNKT 40mg/0.4ml, 40mg/0.8ml QL (6 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN PNKT 80mg/0.8ml QL (4 pens / 28 días)	5	QL PA
HUMIRA PEN KIT PS/UV	5	PA
HUMIRA PEN-CD/UC/HS START PNKT 40mg/0.8ml, 80mg/0.8ml	5	PA
HUMIRA PEN-PS/UV STARTER PNKT 40mg/0.8ml	5	PA
REMICADE SOLR 100mg	5	PA
RENFLEXIS SOLR 100mg	5	LA PA
RINVOQ TB24 15mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
SKYRIZI PSKT 75mg/0.83ml QL (7 kits / año)	5	QL PA
STELARA SOLN 45mg/0.5ml QL (1 vial / 28 días)	5	QL LA PA

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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 TABS 5mg, 10mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
XELJANZ XR TB24 11mg, 22mg QL (30 tabs / 30 días)	5	QL PA
<b>FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (DMARD)</b>		
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
<b>INMUNOGLOBULINAS</b>		
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	5	PA
TH SOLR 5gm, 10gm		
GAMMAKED SOLN 1gm/10ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml	5	PA

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
GAMMAPLEX SOLN 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 20gm/400ml	5	PA
GAMUNEX-C SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
OCTAGAM SOLN 1gm/20ml, 2gm/20ml, 2.5gm/50ml, 5gm/100ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 10gm/200ml, 20gm/200ml, 25gm/500ml, 30gm/300ml	5	PA
PANZYGA SOLN 1gm/10ml, 2.5gm/25ml, 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 30gm/300ml	5	PA
PRIVIGEN SOLN 5gm/50ml, 10gm/100ml, 20gm/200ml, 40gm/400ml	5	PA
<b>INMUNOMODULADORES</b>		
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
<b>INMUNOSUPRESORES</b>		
azathioprine TABS 50mg	3	B/D
BENLYSTA SOAJ 200mg/ml; SOLR 120mg, 400mg; SOSY 200mg/ml	5	PA
cyclosporine CAPS 25mg, 100mg; SOLN 50mg/ml	4	B/D
cyclosporine modified (for microemulsion) CAPS 25mg, 50mg, 100mg; SOLN 100mg/ml	4	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .5mg, .75mg	5	B/D
everolimus (immunosuppressant) TABS .25mg	4	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**

52

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
PEDIARIX INJ 0.5ML	3	
PEDVAX HIB SUSP 7.5mcg/0.5ml	3	
PENTACEL INJ	3	
PROQUAD INJ	3	
QUADRACEL INJ	3	
RABAVERT INJ	3	B/D
RECOMBIVAX HB SUSP 5mcg/0.5ml, 10mcg/ml, 40mcg/ml	3	B/D
ROTARIX SUS	3	
ROTATEQ SOL	3	
SHINGRIX SUSR 50mcg/0.5ml	3	QL (2 viales por vida)
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	3	QL (1 vial por vida)
<b>SUPLEMENTOS ALIMENTICIOS ELECTROLITOS/MINERALS, INJECTABLE</b>		
D5W/LYTES INJ #48	4	
D5W/NACL INJ 0.3%	3	
D10W/NACL INJ 0.2%	3	
dextrose 2.5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 5% in lactated ringers	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.2%	3	
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.9%	3	

**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
dextrose 5% w/ sodium chloride 0.45%	3	
dextrose 10% w/ sodium chloride 0.45%	3	
ISOLYTE-P INJ /D5W	4	
ISOLYTE-S INJ	4	
kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.2% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj	3	
kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj	3	
kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% & nacl 0.45% inj	3	
kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% 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		
magnesium sulfate SOLN 3 2gm/50ml, 4gm/100ml, 4gm/50ml, 20gm/500ml, 40gm/1000ml, 50%		
magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml	3	
MG SO4/D5W INJ 10MG/ML 3		
NORMOSOL -M INJ /D5W 4		
PLASMA-LYTE INJ -148 4		
PLASMA-LYTE INJ -A 4		
potassium chloride SOLN 3 2meq/ml		

**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
POTASSIUM CHLORIDE 4 SOLN 10meq/100ml, 10meq/50ml, 20meq/100ml, 20meq/50ml, 40meq/100ml		
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		
<b>ELECTROLITOS/MINERALS/VITAMINAS, ORAL</b>		
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 3 8meq, 10meq		
potassium chloride PACK 4 20meq; SOLN 10%, 20%		
potassium chloride TBCR 2 2 GC 8meq, 10meq, 20meq		
potassium chloride 2 2 GC microencapsulated crystals er TBCR 10meq, 20meq		
PRENATAL TAB 27-1MG 3		
PRENATAL TAB PLUS 3		
PRENATAL VIT TAB LOW 3 IRON		
sodium fluoride chew; tab; 1.1 2 GC (0.5 f) mg/ml soln		
TRICARE TAB PRENATAL 3		
<b>NUTRICIÓN IV</b>		
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		

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

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
CLINIMIX INJ 8/14	4	B/D
<i>clinisol sf 15%</i>	4	B/D
CLINOLIPID EMU 20%	4	B/D
<i>dextrose SOLN 5%, 10%</i>	3	
<i>dextrose SOLN 50%, 70%</i>	3	B/D
FREAMINE HBC INJ 6.9%	4	B/D
FREAMINE III INJ 10%	4	B/D
<i>hepatamine</i>	4	B/D
INTRALIPID EMUL 20gm/100ml, 30gm/100ml	4	B/D
NEPHRAMINE INJ 5.4%	4	B/D
NUTRILIPID EMUL 20gm/100ml	4	B/D
<i>plenamine</i>	4	B/D
PREMASOL SOL 10%	4	B/D
PROCALAMINE INJ 3%	4	B/D
PROSOL INJ 20%	4	B/D
TRAVASOL INJ 10%	4	B/D
TROPHAMINE INJ 10%	4	B/D
<b>OFTÁLMICO</b>		
<b>CONTRA INFECCIONES / ANTIINFLAMATORIOS</b>		
<i>bacitracin-polymyxin-</i>	3	
<i>neomycin-hc ophth oint 1%</i>		
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	4	
<i>neomycin-polymyxin-</i>	2	GC
<i>dexamethasone ophth oint 0.1%</i>		
<i>neomycin-polymyxin-</i>	2	GC
<i>dexamethasone ophth susp 0.1%</i>		
<i>neomycin-polymyxin-hc ophth susp</i>	4	
<i>sulfacetamide sodium-</i>	2	GC
<i>prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i>		
TOBRADEX OIN 0.3-0.1%	3	
TOBRADEX ST SUS 0.3-0.05	3	
<i>tobramycin-dexamethasone ophth susp 0.3-0.1%</i>	4	
ZYLET SUS 0.5-0.3%	3	

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

**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

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

55

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
DUREZOL EMUL .05%	3	
FLAREX SUSP .1%	4	
<i>fluorometholone (ophth)</i>	3	
SUSP .1%		
<i>flurbiprofen sodium SOLN .03%</i>	3	
ILEVRO SUSP .3%	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .4%</i>	3	
<i>ketorolac tromethamine (ophth) SOLN .5%</i>	2	GC
LOTEMAX OINT .5%	3	
<i>prednisolone acetate (ophth) SUSP 1%</i>	3	
PREDNISOLONE SODIUM	3	
PHOSP SOLN 1%		
PROLENSA SOLN .07%	3	
<b>ANTIALÉRGICOS</b>		
<i>azelastine hcl (ophth) SOLN .05%</i>	3	
BEPREVE SOLN 1.5%	3	
<i>cromolyn sodium (ophth) SOLN 4%</i>	1	GC
LASTACAFT SOLN .25%	4	
<i>olopatadine hcl SOLN .1%, .2%</i>	3	
PAZEO SOLN .7%	3	
ZERVIATE SOLN .24%	4	
<b>CONTRA EL GLAUCOMA</b>		
ALPHAGAN P SOLN .1%	3	
AZOPT SUSP 1%	3	
<i>betaxolol hcl (ophth) SOLN .5%</i>	3	
BETOPTIC-S SUSP .25%	3	
<i>brimonidine tartrate SOLN .2%</i>	1	GC
<i>brimonidine tartrate SOLN .15%</i>	4	
<i>carteolol hcl (ophth) SOLN 1%</i>	2	GC
COMBIGAN SOL 0.2/0.5%	3	
<i>dorzolamide hcl SOLN 2%</i>	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.

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>dorzolamide hcl-timolol maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	2	GC
<i>latanoprost SOLN .005%</i>	2	GC
<i>levobunolol hcl SOLN .5%</i>	2	GC
LUMIGAN SOLN .01%	3	
PHOSPHOLINE IODIDE SOLR .125%	4	
<i>pilocarpine hcl SOLN 1%, 2%, 4%</i>	3	
RHOPRESSA SOLN .02%	3	
SIMBRINZA SUS 1-0.2%	3	
<i>timolol maleate (ophth) SOLG 4 .25%, .5%</i>		
<i>timolol maleate (ophth) SOLN 1 .25%, .5%</i>		GC
<i>timolol maleate (ophth) once-daily SOLN .5%</i>	4	
<b>VARIOS</b>		
ATROPINE SULFATE SOLN 1%	3	
CYSTADROPS SOLN .37%	5	LA PA
CYSTARAN SOLN .44%	5	LA PA
<i>proparacaine hcl SOLN .5%</i>	3	
XIIDRA SOLN 5%	3	QL
QL (60 viales de un solo uso / 30 días)		
<b>Prescription Vitamin/Mineral Products</b>		
<b>Prescription Vitamin/Mineral Products</b>		
<i>cyanocobalamin SOLN 1000mcg/ml</i>	2	ED GC
<i>ergocalciferol CAPS 50000unit</i>	2	ED GC QL
QL (4 caps / 28 días)		
<i>folic acid TABS 1mg</i>	1	ED GC QL
QL (30 tabs / 30 días)		
<i>phytonadione TABS 5mg</i>	4	ED QL
QL (60 tabs / 30 días)		
<b>RESPIRATORIO</b>		
<b>COMBINACIONES DE ANTICOLINÉRGICO / BETA AGONISTA</b>		
ANORO ELLIPT AER 62.5-25	3	QL
QL (60 blisters / 30 días)		

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

56

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BEVESPI AER 9-4.8MCG QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE QL (1 inhalador / 30 días)	3	QL
BREZTRI AERO AER SPHERE (INSTITUTIONAL PACK) QL (4 inhaladores / 28 días)	3	QL
COMBIVENT AER 20-100 QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	3	B/D
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
<b>ANTICOLINÉRGICOS</b>		
ATROVENT HFA AERS 17mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días)	4	QL
INCRUSE ELLIPTA AEPB 62.5mcg/inh QL (30 blisters / 30 días)	3	QL
<i>ipratropium bromide</i> SOLN .02% <i>ipratropium bromide (nasal)</i> SOLN .03%, .06%	2	GC B/D
<b>ANTIHISTAMÍNICOS</b>		
azelastine hcl SOLN .1%, .15%	3	
<i>cetirizine hcl</i> SOLN 1mg/ml <i>cyproheptadine hcl</i> SYRP 2mg/5ml; TABS 4mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC
<i>desloratadine</i> TABS 5mg	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
<i>diphenhydramine hcl</i> SOLN 50mg/ml	3	
<i>hydroxyzine hcl</i> SOLN 25mg/ml, 50mg/ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	4	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> SYRP 10mg/5ml Se aplica PA si tienen 70 años o más	3	PA
<i>hydroxyzine hcl</i> TABS 10mg, 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>hydroxyzine pamoate</i> CAPS 25mg, 50mg Se aplica PA si tienen 70 años o más	2	GC PA
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> SOLN 2.5mg/5ml	4	
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> TABS 5mg	2	GC
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> SOLN 4 .6%	4	
<b>BETA AGONISTAS</b>		
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Proair HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> AERS 108mcg/act QL (2 inhaladores / 30 días) (genérico de Ventolin HFA)	3	QL
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .63mg/3ml, 1.25mg/3ml, 2.5mg/0.5ml	3	B/D
<i>albuterol sulfate</i> NEBU .083% <i>albuterol sulfate</i> SYRP 2mg/5ml	2	GC B/D
<i>albuterol sulfate</i> TABS 2mg, 4mg	2	GC
<i>albuterol sulfate</i> TB12 4mg, 8mg	3	

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

57

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
BROVANA NEBU 15mcg/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	3	QL  QL (2 inhaladores / 30 días)
PERFOROMIST NEBU 20mcg/2ml	5	B/D
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)
<b>MODULADORES DE LOS LEUCOTRIENOS</b>		
montelukast sodium CHEW 4mg, 5mg	2	GC
montelukast sodium PACK 4mg	4	
montelukast sodium TABS 10mg	1	GC  zafirlukast TABS 10mg, 20mg
<b>VARIOS</b>		
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	

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
epinephrine (anaphylaxis) SOAJ .15mg/0.15ml, .3mg/0.3ml (genérico de Adrenaclick)	3	
ESBRIET CAPS 267mg QL (270 caps / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 267mg QL (270 tabs / 30 días)	5	QL PA
ESBRIET TABS 801mg QL (90 tabs / 30 días)	5	QL PA
FASENRA SOSY 30mg/ml	5	LA PA
FASENRA PEN SOAJ 30mg/ml	5	LA PA
KALYDECO PACK 25mg, 50mg, 75mg QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
KALYDECO TABS 150mg QL (60 tabs / 30 días)	5	QL PA
OFEV CAPS 100mg, 150mg QL (60 caps / 30 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 100-125 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI GRA 150-188 QL (56 packs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 100-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
ORKAMBI TAB 200-125 QL (112 tabs / 28 días)	5	QL PA
PROLASTIN-C SOLN 1000mg/20ml; SOLR 1000mg	5	LA PA
PULMOZYME SOLN 1mg/ml	5	PA
SYMDEKO TAB 50-75MG QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMDEKO TAB 100-150 QL (56 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
SYMJEPI SOSY .15mg/0.3ml, .3mg/0.3ml	4	
THEO-24 CP24 100mg, 200mg, 300mg, 400mg	4	
theophylline SOLN 80mg/15ml; TB12 300mg, 450mg	4	
theophylline TB24 400mg, 600mg	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.

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

**58**

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
TRIKAFTA TAB QL (84 tabs / 28 días)	5	QL LA PA
XOLAIR SOLR 150mg; SOSY 75mg/0.5ml, 150mg/ml	5	LA PA
ZEMAIRA SOLR 1000mg	5	LA PA
<b>ESTEROIDES NASALES</b>		
flunisolide (nasal) SOLN .025%	3	QL QL (3 botellas / 30 días)
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
<b>ESTEROIDES INHALADOS</b>		
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
PULMICORT FLEXHALER AEPB 180mcg/act QL (2 inhaladores / 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
<b>COMBINACIONES DE ESTEROIDES / BETA AGONISTA</b>		
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
<b>Sexual Dysfunction Agents</b>		
<b>Sexual Dysfunction Agents</b>		
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
<b>DE USO TÓPICO</b>		
<b>DERMATOLOGÍA, ACNÉ</b>		
amnesteem CAPS 10mg, 20mg, 40mg	4	PA
avita CREA .025%; GEL .025% QL (45 gm / 30 días)	4	QL PA

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

59

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>benzoyl peroxide-erythromycin gel 5-3%</i>	4	
<i>claravis CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>clindamycin phosphate (topical) GEL 1% QL (75 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>clindamycin phosphate (topical) LOTN 1%; SOLN 1% QL (60 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>ery PADS 2%</i>	3	
<i>erythromycin (acne aid) SOLN 2% QL (60 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>isotretinoin CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>myorisan CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) LOTN 10%</i>	4	
<i>tretinooin CREA .025%, .05%, .1%; GEL .01%, .025% QL (45 gm / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>zenatane CAPS 10mg, 20mg, 30mg, 40mg</i>	4	PA
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIBIÓTICOS</b>		
<i>gentamicin sulfate (topical) CREA .1% QL (30 gm / 30 días)</i>	4	QL
<i>gentamicin sulfate (topical) OINT .1% QL (220 gm / 30 días)</i>	3	
<i>mupirocin OINT 2% QL (220 gm / 30 días)</i>	2	GC QL
<i>silver sulfadiazine CREA 1% SSD CREA 1%</i>	2	GC
<i>SULFAMYLON CREA 85mg/gm</i>	4	
<b>DERMATOLOGÍA, FUNGICIDAS</b>		
<i>ciclopirox olamine CREA .77% QL (90 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>ciclopirox olamine SUSP .77% QL (60 mL / 30 días)</i>	3	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
<i>clotrimazole (topical) CREA 1% QL (45 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>clotrimazole (topical) SOLN 1% QL (30 mL / 30 días)</i>	3	QL
<i>clotrimazole w/ betamethasone cream 1-0.05% QL (45 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>ketoconazole (topical) CREA 2% QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>nyamyc POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>nystatin (topical) CREA 100000unit/gm; OINT 100000unit/gm QL (30 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>nystatin (topical) POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL
<i>nystop POWD 100000unit/gm QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL
<b>DERMATOLOGÍA, ANTIPOSIÁSICOS</b>		
<i>acitretin CAPS 10mg, 17.5mg, 25mg</i>	4	PA
<i>calcipotriene CREA .005%; OINT .005% QL (120 gm / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>calcipotriene SOLN .005% QL (120 mL / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>calcitriene OINT .005% QL (120 gm / 30 días)</i>	4	QL PA
<i>tazarotene CREA .1% QL (60 gm / 30 días)</i>	3	QL PA
<i>TAZORAC CREA .05% QL (60 gm / 30 días)</i>	4	QL PA
<b>DERMATOLOGÍA, CONTRA LA SEBORREICA</b>		
<i>ketoconazole (topical) SHAM 2% QL (120 mL / 30 días)</i>	2	GC QL

**ST** - Terapia Escalonada

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

60

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
selenium sulfide LOTN 2.5%	2	GC
<b>DERMATOLOGÍA, CORTICOSTEROIDES</b>		
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
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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
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	
triderm CREA .5%	2	GC
<b>DERMATOLOGÍA, ANESTÉSICOS LOCALES</b>		
glydo PRSY 2% QL (60 mL / 30 días)	3	QL PA
lidocaine OINT 5% QL (50 gm / 30 días)	4	QL PA
lidocaine PTCH 5% QL (3 parches / 1 día)	4	QL PA
lidocaine hcl GEL 2% QL (30 mL / 30 días)	3	QL PA

**PA** - Autorización Previa

- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente

**ED** - Medicamento Excluido

aplica a AvMed Medicare 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

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<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
<b>DERMATOLOGÍA, VARIOS PARA LA PIEL Y LAS MEMBRANAS MUCOSAS</b>		
<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%	GC	
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> 3% LOTN 12%		
<i>metronidazole (topical)</i> CREA .75%; LOTN .75%	4	
<i>metronidazole (topical)</i> GEL .75%	3	
<i>NORITATE</i> CREA 1% QL (60 gm / 30 días)	5	QL
<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>podofilox</i> SOLN .5%	3	
<i>procto-med hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>procto-pak</i> CREA 1%	3	
<i>proctosol hc</i> CREA 2.5%	3	
<i>proctozone-hc</i> CREA 2.5%	3	

**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
<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
<b>DERMATOLOGÍA, ESCABICIDAS Y CONTRA LA PEDICULOSIS</b>		
<i>malathion</i> LOTN .5%	4	
<i>permethrin</i> CREA 5%	3	
<b>DERMATOLOGÍA, AGENTES PARA EL CUIDAD DE HERIDAS</b>		
<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%	3	
<i>water for irrigation, sterile irrigation soln</i>	2	GC
<b>AGENTES PARA LA BOCA / GARGANTA / DENTALES</b>		
<i>cevimeline hcl</i> CAPS 30mg	4	
<i>chlorhexidine gluconate (mouth-throat)</i> SOLN .12%	1	GC
<i>clotrimazole</i> TROC 10mg QL (150 losangos / 30 días)	4	QL
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> SOLN 2%	2	GC
<i>nystatin (mouth-throat)</i> SUSP 100000unit/ml	3	
<i>paroex</i> SOLN .12%	1	GC
<i>periogard</i> SOLN .12%	1	GC
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> TABS 5mg, 7.5mg	4	

**ST** - Terapia Escalonada

**B/D**

62

**LA** - Disponibilidad Limitada

**SI** – Selectas Insulinas. No se

Medicamento	Nivel	Requisitos/ límites
<i>triamcinolone acetonide (mouth) PSTE .1%</i>	3	
<b>ÓTICO</b>		
<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    **ST** - Terapia Escalonada    **B/D**  
- Autorización Previa, Parte D vs. Parte B solamente    **LA** - Disponibilidad Limitada  
**ED** - Medicamento Excluido    **GC** - Cobertura de Brecha    **SI** – Selectas Insulinas. No se  
aplica a AvMed Medicare Premium Saver Broward County (HMO).  
Todos los medicamentos genéricos del Nivel 1 y Nivel 2 están cubiertos durante la Etapa  
de Falta de Cobertura.

## ÍNDICE

<b>A</b>	
abacavir sulfate.....	11
abacavir sulfate-lamivudine tab 600-300 mg.....	11
abacavir sulfate- lamivudine-zidovudine tab 300-150-300 mg....	11
ABELCET .....	10
ABILITY MAINTENA.....	32
abiraterone acetate.....	16
ABRAXANE INJ 100MG.	16
acamprosate calcium.....	37
acarbose.....	38
acebutolol hcl.....	24
acetaminophen w/ codeine soln 120-12 mg/5ml.....	7
acetaminophen w/ codeine tab 300-15 mg.....	7
acetaminophen w/ codeine tab 300-30 mg.....	8
acetaminophen w/ codeine tab 300-60 mg.....	8
acetazolamide .....	25
acetic acid.....	48
acetic acid (otic).....	61
acetylcysteine .....	56
acitretin .....	58
ACTHIB INJ .....	51
ACTIMMUNE .....	51
acyclovir.....	12
acyclovir sodium.....	12
ADACEL INJ.....	51
adefovir dipivoxil.....	12
ADEMPAS .....	26
ADRENALIN .....	25
adriamycin .....	15
ADVAIR DISKU AER 100/50 .....	57
ADVAIR DISKU AER 250/50 .....	57
ADVAIR DISKU AER 500/50 .....	57
ADVAIR HFA AER 115/21 .....	57
ADVAIR HFA AER 230/21 .....	57
ADVAIR HFA AER 45/21	57
AFINITOR .....	17
AFINITOR DISPERZ .....	17
afirmelle .....	41
AIMOVIG .....	35
ala-cort.....	59
albendazole .....	9
albuterol sulfate .....	56
alclometasone dipropionate .....	59
ALDURAZYME .....	44
ALECENSA .....	17
alendronate sodium .....	40
alfuzosin hcl.....	47
ALIMTA.....	15
ALINIA .....	9
aliskiren fumarate .....	25
allopurinol .....	7
alosetron hcl .....	47
ALPHAGAN P .....	54
alprazolam.....	27
ALREX.....	54
altavera.....	41
ALTOPREV .....	23
ALUNBRIG .....	17
ALUNBRIG PAK .....	17
alyacen 1/35 .....	41
alyacen 7/7/7 .....	41
amabelz .....	43
amantadine hcl .....	31
AMBISOME .....	10
ambrisentan .....	26
amikacin sulfate.....	9
amiloride & hydrochlorothiazide tab 5-50 mg.....	25
amiloride hcl.....	25
AMINOSYN-PF INJ 7% ..	53
amiodarone hcl .....	22
amitriptyline hcl.....	30
amlodipine besylate.....	24
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-10 mg.....	26
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-20 mg.....	26
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-40 mg.....	26
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 10-80 mg.....	26
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-10 mg.....	25
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-20 mg.....	25
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 2.5-40 mg.....	25
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-10 mg.....	25
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-20 mg.....	26
amlodipine besylate- atorvastatin calcium tab 5-40 mg .....	26
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-20 mg .....	19
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 10-40 mg .....	19
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 2.5-10 mg .....	19
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-10 mg .....	19
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-20 mg .....	19
amlodipine besylate- benazepril hcl cap 5-40 mg .....	19
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-20 mg .....	20
amlodipine besylate- olmesartan medoxomil tab 10-40 mg .....	20

<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-20 mg</i> .....20	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>olmesartan medoxomil</i>	
<i>tab 5-40 mg</i> .....20	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-160 mg</i>	
.....21	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 10-320 mg</i>	
.....21	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-160 mg</i> 21	
<i>amlodipine besylate-</i>	
<i>valsartan tab 5-320 mg</i> 21	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-12.5 mg</i> .....21	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-160-25 mg</i> .....21	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-320-25 mg</i> .....21	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-12.5 mg</i> .....21	
<i>amlodipine-valsartan-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>5-160-25 mg</i> .....21	
<i>amnesteem</i> .....58	
<i>amoxapine</i> .....30	
<i>amoxicillin</i> .....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>chew tab 200-28.5 mg</i> 14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>chew tab 400-57 mg</i> ....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 200-28.5 mg/5ml</i>	
.....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 250-62.5 mg/5ml</i>	
.....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 400-57 mg/5ml</i>	
.....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>for susp 600-42.9 mg/5ml</i>	
.....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 250-125 mg</i> .....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 500-125 mg</i> .....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab 875-125 mg</i> .....14	
<i>amoxicillin &amp; k clavulanate</i>	
<i>tab er 12hr 1000-62.5 mg</i>	
.....14	
<i>amoxicillin cap-clarithro</i>	
<i>tab-lansopraz cap dr</i>	
<i>therapy pack</i> .....47	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 10 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 15 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 20 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 25 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 30 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine cap</i>	
<i>er 24hr 5 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>10 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>12.5 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>15 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>20 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>30 mg</i> .....34	
<i>amphetamine-</i>	
<i>dextroamphetamine tab</i>	
<i>7.5 mg</i> .....34	
<i>amphotericin b</i> .....10	
<i>ampicillin</i> .....14	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 1.5 (1-0.5) gm</i> .....14	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for inj 3 (2-1) gm</i>	
.....14	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 1.5 (1-0.5) gm</i> .....14	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 15 (10-5) gm</i> .....14	
<i>ampicillin &amp; sulbactam</i>	
<i>sodium for iv soln 3 (2-1) gm</i>	
.....14	
<i>ampicillin sodium</i> .....14	
<i>ANADROL-50</i> .....37	
<i>anagrelide hcl</i> .....49	
<i>anastrozole</i> .....16	
<i>ANDRODERM</i> .....37	
<i>ANORO ELLIPT AER</i> 62.5-25 .....	55
<i>ANTARA</i> .....23	
<i>APOKYN</i> .....31	
<i>aprepitant</i> .....45	
<i>aprepitant capsule therapy</i>	
<i>pack 80 &amp; 125 mg</i> .....45	
<i>apri</i> .....41	
<i>APTIOM</i> .....27	
<i>APTIVUS</i> .....11	
<i>ARALAST NP</i> .....56	
<i>aranelle</i> .....41	
<i>ARCALYST</i> .....51	
<i>ariprazole</i> .....32	
<i>ARISTADA</i> .....32	
<i>ARISTADA INITIO</i> .....32	
<i>armodafinil</i> .....37	
<i>ARNUITY ELLIPTA</i> .....57	
<i>asenapine maleate</i> .....32	
<i>aspirin-dipyridamole cap er</i>	
<i>12hr 25-200 mg</i> .....49	

atazanavir sulfate.....	11
atenolol.....	24
atenolol & chlorthalidone	
tab 100-25 mg.....	24
atenolol & chlorthalidone	
tab 50-25 mg.....	24
atomoxetine hcl.....	35
atorvastatin calcium.....	23
atovaquone.....	9
atovaquone-proguanil hcl	
tab 250-100 mg.....	10
atovaquone-proguanil hcl	
tab 62.5-25 mg.....	10
ATROPINE SULFATE ....	54
ATROVENT HFA.....	55
aubra eq .....	41
aurovela 1/20.....	41
aurovela fe 1.5/30.....	41
aurovela fe 1/20.....	41
AURYXIA.....	45
AUSTEDO .....	36
AVASTIN .....	17
aviane.....	41
avita.....	58
ayuna.....	41
AYVAKIT .....	17
azacitidine.....	15
azathioprine .....	51
azelaic acid.....	60
azelastine hcl.....	55
azelastine hcl (ophth).....	54
azithromycin .....	13
AZOPT .....	54
aztreonam.....	9
azurette.....	41
<b>B</b>	
bacitracin (ophthalmic)....	53
bacitracin-polymyxin b	
ophth oint .....	53
bacitracin-polymyxin-	
neomycin-hc ophth oint	
1%.....	53
baclofen .....	37
balsalazide disodium .....	46
BALVERSA.....	17
balziva .....	41
BANZEL.....	27
BARACLUDE.....	12
BASAGLAR KWIKPEN...39	
BCG VACCINE INJ.....	51
BD ALCOHOL SWABS...	39
bekyree.....	41
BELSOMRA.....	35
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
10-12.5 mg.....	19
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg.....	19
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg.....	20
benazepril &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25 mg.....	19
benazepril hcl.....	20
BENDEKA .....	15
BENLYSTA.....	51
benzoyl peroxide-	
erythromycin gel 5-3% 58	
benztropine mesylate.....	31
BEPREVE.....	54
BERINERT .....	49
BESIVANCE .....	53
betamethasone	
dipropionate (topical)....59	
betamethasone	
dipropionate augmented	
.....59	
betamethasone valerate .59	
BETASERON.....	36
betaxolol hcl (ophth) .....	54
bethanechol chloride.....	48
BETOPTIC-S .....	54
BEVESPI AER 9-4.8MCG	
.....55	
bexarotene.....	16
BEXSERO INJ.....	51
bicalutamide.....	16
BICILLIN L-A.....	14
BIKTARVY TAB .....	11
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
10-6.25 mg.....	24
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
2.5-6.25 mg.....	24
bisoprolol &	
hydrochlorothiazide tab	
5-6.25 mg.....	24
bisoprolol fumarate .....	24
BIVIGAM.....	50
BLEPHAMIDE OIN S.O.P.	
.....53	
blisovi fe 1.5/30.....	41
BOOSTRIX INJ.....	51
BORTEZOMIB .....	17
bosentan.....	26
BOSULIF .....	17
BRAFTOVI.....	17
BREO ELLIPTA INH 100-	
25 .....	57
BREO ELLIPTA INH 200-	
25 .....	57
BREZTRI AERO AER	
SPHERE .....	55
BREZTRI AERO AER	
SPHERE	
(INSTITUTIONAL PACK)	
.....55	
briellyn .....	41
BRILINTA.....	49
brimonidine tartrate.....	54
BRIVIACT .....	27
bromfenac sodium (ophth)	
.....54	
bromocriptine mesylate...31	
BROMSITE .....	54
BROVANA .....	56
BRUKINSA .....	17
budesonide .....	46
budesonide (inhalation) ..57	
bumetanide.....	25
buprenorphine hcl.....	37
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 12-3	
mg (base equiv) .....	37
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 2-0.5	
mg (base equiv) .....	37
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 4-1	
mg (base equiv) .....	37
buprenorphine hcl-	
naloxone hcl sl film 8-2	
mg (base equiv) .....	37

<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl tab 2-0.5</i>	
<i>mg (base equiv) .....</i>	<i>37</i>
<i>buprenorphine hcl-</i>	
<i>naloxone hcl sl tab 8-2</i>	
<i>mg (base equiv) .....</i>	<i>37</i>
<i>buproprion hcl.....</i>	<i>30</i>
<i>buproprion hcl (smoking</i>	
<i>deterrent) .....</i>	<i>37</i>
<i>buspirone hcl.....</i>	<i>27</i>
<i>butorphanol tartrate .....</i>	<i>8</i>
<i>BYDUREON BCISE.....</i>	<i>38</i>
<i>BYDUREON PEN.....</i>	<i>38</i>
<i>BYETTA.....</i>	<i>38</i>
<i>BYSTOLIC.....</i>	<i>24</i>
<b>C</b>	
<i>cabergoline .....</i>	<i>44</i>
<i>CABOMETYX.....</i>	<i>17</i>
<i>calcipotriene .....</i>	<i>58, 59</i>
<i>calcipotriene-</i>	
<i>betamethasone</i>	
<i>dipropionate susp 0.005-</i>	
<i>0.064%.....</i>	<i>59</i>
<i>calcitonin (salmon).....</i>	<i>40</i>
<i>calcitrene .....</i>	<i>59</i>
<i>calcitriol.....</i>	<i>45</i>
<i>calcium acetate (phosphate</i>	
<i>binder) .....</i>	<i>45</i>
<i>CALQUENCE .....</i>	<i>17</i>
<i>camila .....</i>	<i>41</i>
<i>candesartan cilexetil .....</i>	<i>22</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>16-12.5 mg.....</i>	<i>21</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>32-12.5 mg.....</i>	<i>21</i>
<i>candesartan cilexetil-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>32-25 mg.....</i>	<i>21</i>
<i>CAPLYTA .....</i>	<i>32</i>
<i>CAPRELSA .....</i>	<i>17</i>
<i>captopril .....</i>	<i>20</i>
<i>captopril &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>25-15 mg.....</i>	<i>20</i>
<i>captopril &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>25-25 mg.....</i>	<i>20</i>
<i>captopril &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>50-15 mg.....</i>	<i>20</i>
<i>captopril &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>50-25 mg.....</i>	<i>20</i>
<i>CARBAGLU .....</i>	<i>44</i>
<i>carbamazepine .....</i>	<i>27</i>
<i>carbidopa .....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa orally</i>	
<i>disintegrating tab 10-100</i>	
<i>mg .....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa orally</i>	
<i>disintegrating tab 25-100</i>	
<i>mg .....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa orally</i>	
<i>disintegrating tab 25-250</i>	
<i>mg .....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>10-100 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>25-100 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>25-250 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>er 25-100 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa &amp; levodopa tab</i>	
<i>er 50-200 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 12.5-</i>	
<i>50-200 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 18.75-</i>	
<i>75-200 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 25-100-</i>	
<i>200 mg .....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 31.25-</i>	
<i>125-200 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 37.5-</i>	
<i>150-200 mg.....</i>	<i>31</i>
<i>carbidopa-levodopa-</i>	
<i>entacapone tabs 50-200-</i>	
<i>200 mg .....</i>	<i>31</i>
<i>carboplatin .....</i>	<i>15</i>
<i>carteolol hcl (ophth) .....</i>	<i>54</i>
<i>cartia xt.....</i>	<i>24</i>
<i>carvedilol.....</i>	<i>24</i>
<i>caspofungin acetate.....</i>	<i>10</i>
<i>CAYSTON .....</i>	<i>9</i>
<i>caziant .....</i>	<i>41</i>
<i>cefaclor .....</i>	<i>13</i>
<i>CEFACLOR ER .....</i>	<i>13</i>
<i>cefadroxil .....</i>	<i>13</i>
<i>CEFAZOLIN INJ</i>	
<i>1GM/50ML .....</i>	<i>13</i>
<i>cefazolin sodium.....</i>	<i>13</i>
<i>CEFAZOLIN SOLN</i>	
<i>2GM/100ML-4% .....</i>	<i>13</i>
<i>cefdinir .....</i>	<i>13</i>
<i>cefepime hcl.....</i>	<i>13</i>
<i>cefixime .....</i>	<i>13</i>
<i>cefoxitin sodium.....</i>	<i>13</i>
<i>cefpodoxime proxetil.....</i>	<i>13</i>
<i>cefprozil .....</i>	<i>13</i>
<i>ceftazidime .....</i>	<i>13</i>
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i>	
<i>1GM .....</i>	<i>13</i>
<i>CEFTAZIDIME/ SOL D5W</i>	
<i>2GM .....</i>	<i>13</i>
<i>ceftriaxone sodium.....</i>	<i>13</i>
<i>cefuroxime axetil.....</i>	<i>13</i>
<i>cefuroxime sodium.....</i>	<i>13</i>
<i>celecoxib.....</i>	<i>7</i>
<i>CELONTIN.....</i>	<i>27</i>
<i>cephalexin.....</i>	<i>13</i>
<i>CERDELGA .....</i>	<i>44</i>
<i>CEREZYME .....</i>	<i>44</i>
<i>cetirizine hcl .....</i>	<i>55</i>
<i>cevimeline hcl .....</i>	<i>60</i>
<i>CHANTIX .....</i>	<i>37</i>
<i>CHANTIX CONTINUING</i>	
<i>MONTH .....</i>	<i>37</i>
<i>CHANTIX PAK 0.5&amp; 1MG</i>	
.....	<i>37</i>
<i>chateal .....</i>	<i>41</i>
<i>CHEMET .....</i>	<i>41</i>
<i>chlorhexidine gluconate</i>	
<i>(mouth-throat) .....</i>	<i>60</i>
<i>chloroquine phosphate ..</i>	<i>10</i>
<i>chlorpromazine hcl.....</i>	<i>32</i>
<i>chlorthalidone .....</i>	<i>25</i>
<i>cholestyramine .....</i>	<i>23</i>
<i>cholestyramine light .....</i>	<i>23</i>
<i>choline fenofibrate .....</i>	<i>23</i>
<i>ciclopirox olamine .....</i>	<i>58</i>

<i>cilostazol</i> .....49	<i>clinisol sf 15%</i> .....53	<i>cromolyn sodium</i>
CILOXAN.....53	CLINOLIPID EMU 20%....53	( <i>mastocytosis</i> ).....47
CIMDUO TAB 300-300...11	<i>clobazam</i> .....27	<i>cromolyn sodium (ophth)</i> 54
<i>cinacalcet hcl</i> .....44	<i>clobetasol propionate</i> .....59	<i>cryselle-28</i> .....41
CIPRO .....14	<i>clobetasol propionate e</i> ...59	<i>cyanocobalamin</i> .....55
CIPRO HC SUS OTIC ....61	<i>clomipramine hcl</i> .....30	<i>cyclafem 1/35</i> .....41
<i>ciprofloxacin 200 mg/100ml</i> <i>in d5w</i> .....14	<i>clonazepam</i> .....27	<i>cyclafem 7/7/7</i> .....41
<i>ciprofloxacin 400 mg/200ml</i> <i>in d5w</i> .....14	<i>clonidine</i> .....26	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....37
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....14	<i>clonidine hcl</i> .....26	<i>cyclophosphamide</i> .....15
<i>ciprofloxacin hcl (ophth)</i> ..53	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....49	<b>CYCLOPHOSPHAMIDE</b> 15
<i>ciprofloxacin-</i> <i>dexamethasone otic susp</i> <i>0.3-0.1%</i> .....61	<i>clorazepate dipotassium</i> .27	<i>cycloserine</i> .....12
<i>cisplatin</i> .....15	<i>clotrimazole</i> .....60	<i>cyclosporine</i> .....51
<i>citalopram hydrobromide</i> 30	<i>clotrimazole (topical)</i> .....58	<i>cyclosporine modified (for</i>
<i>claravis</i> .....58	<i>clotrimazole w/</i> <i>betamethasone cream 1-</i> <i>0.05%</i> .....58	<i>microemulsion</i> ).....51
<i>clarithromycin</i> .....13	<i>clovique</i> .....41	<i>cyproheptadine hcl</i> .....55
<i>clindamycin hcl</i> .....9	<i>clozapine</i> .....32	<i>cyred eq</i> .....41
<i>clindamycin palmitate</i> <i>hydrochloride</i> .....9	COARTEM TAB 20-120MG .....10	<b>CYSTADANE POW</b> .....44
<i>clindamycin phosphate</i> ....9	<i>colchicine</i> .....7	<b>CYSTADROPS</b> .....54
<i>clindamycin phosphate</i> ( <i>topical</i> ) .....58	<i>colchicine w/ probenecid</i> <i>tab 0.5-500 mg</i> .....7	<b>CYSTAGON</b> .....44
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 300 mg/50ml</i> .....9	<i>colesevelam hcl</i> .....23	<b>CYSTARAN</b> .....54
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 600 mg/50ml</i> .....9	<i>colestipol hcl</i> .....23	<i>cytarabine</i> .....15
<i>clindamycin phosphate in</i> <i>d5w iv soln 900 mg/50ml</i> .....9	<i>colistimethate sodium</i> .....9	<b>D</b>
<i>clindamycin phosphate</i> <i>vaginal</i> .....48	COMBIGAN SOL 0.2/0.5% .....54	D10W/NACL INJ 0.2%....52
CLINDMYC/NAC INJ 300/50ML .....9	COMBIVENT AER 20-100 .....55	D5W/LYTES INJ #48 .....52
CLINDMYC/NAC INJ 600/50ML .....9	COMETRIQ (60MG DOSE) .....17	D5W/NACL INJ 0.3%....52
CLINDMYC/NAC INJ 900/50ML .....9	COMETRIQ KIT 100MG .17	<i>dalfampridine</i> .....36
CLINIMIX INJ 4.25/D10 ..53	COMETRIQ KIT 140MG .17	DALIRESP .....56
CLINIMIX INJ 4.25/D5W.53	COMPLERA TAB.....11	<i>danazol</i> .....43
CLINIMIX INJ 5%/D15W.53	<i>compro</i> .....45	<i>dantrolene sodium</i> .....37
CLINIMIX INJ 5%/D20W.53	<i>constulose</i> .....46	<i>dapsone</i> .....9
CLINIMIX INJ 6/5.....53	COPIKTRA .....17	DAPTACEL INJ .....51
CLINIMIX INJ 8/10.....53	CORLANOR .....26	<i>daptomycin</i> .....9
CLINIMIX INJ 8/14.....53	<i>cortisone acetate</i> .....43	DAPTOMYCIN.....9
	COTELLIC .....17	<i>darifenacin hydrobromide</i> .....48
	CREON CAP 12000UNT 47	<i>dasetta 1/35</i> .....41
	CREON CAP 24000UNT 47	<i>dasetta 7/7/7</i> .....41
	CREON CAP 3000UNIT .47	DAURISMO .....17
	CREON CAP 36000UNT 47	<i>deblitane</i> .....41
	CREON CAP 6000UNIT .47	<i>deferasirox</i> .....41
	CRIXIVAN.....11	DELESTROGEN.....43
	<i>cromolyn sodium</i> .....56	DELSTRIGO TAB .....11

<i>desmopressin acetate</i>	
<i>spray</i>	44
<i>desmopressin acetate</i>	
<i>spray refrigerated</i>	44
<i>desogest-eth estrad &amp; eth</i>	
<i>estradiol tab 0.15-0.02/0.01</i>	
<i>mg(21/5)</i>	41
<i>desvenlafaxine succinate</i>	30
<i>dexamethasone</i>	43
<b>DEXAMETHASONE</b>	
<b>INTENSOL</b>	43
<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>phosphate</i>	43
<i>dexamethasone sodium</i>	
<i>phosphate (ophth)</i>	54
<b>DEXILANT</b>	47
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	35
<i>dextrose</i>	53
<i>dextrose 10% w/ sodium</i>	
<i>chloride 0.45%</i>	52
<i>dextrose 2.5% w/ sodium</i>	
<i>chloride 0.45%</i>	52
<i>dextrose 5% in lactated</i>	
<i>ringers</i>	52
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
<i>chloride 0.2%</i>	52
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
<i>chloride 0.45%</i>	52
<i>dextrose 5% w/ sodium</i>	
<i>chloride 0.9%</i>	52
<b>DIACOMIT</b>	27
<i>diazepam</i>	27
<i>diazepam (anticonvulsant)</i>	
.....	27
<i>diazepam inj</i>	27
<i>diazoxide</i>	44
<i>diclofenac potassium</i>	7
<i>diclofenac sodium</i>	7
<i>diclofenac sodium (ophth)</i>	
.....	54
<i>diclofenac sodium (topical)</i>	
.....	60
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	
<i>tab delayed release 50-0.2 mg</i>	7
<i>diclofenac w/ misoprostol</i>	
<i>tab delayed release 75-0.2 mg</i>	7
<i>dicloxacillin sodium</i>	14
<i>dicyclomine hcl</i>	46
<b>DIFICID</b>	13
<i>diflunisal</i>	7
<i>digitek</i>	26
<i>digox</i>	26
<i>digoxin</i>	26
<i>dihydroergotamine</i>	
<i>mesylate</i>	35
<b>DILANTIN</b>	27
<b>DILANTIN INFATABS</b>	27
<b>DILANTIN-125</b>	28
<i>diltiazem hcl</i>	24
<i>diltiazem hcl coated beads</i>	
.....	24
<i>diltiazem hcl extended release beads</i>	
.....	25
<i>dilt-xr</i>	24
<b>DIP/TET PED INJ 25-5LFU</b>	
.....	51
<i>diphenhydramine hcl</i>	55
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	
<i>liq 2.5-0.025 mg/5ml</i>	47
<i>diphenoxylate w/ atropine</i>	
<i>tab 2.5-0.025 mg</i>	47
<i>dipyridamole</i>	49
<i>disopyramide phosphate</i>	22
<i>disulfiram</i>	37
<i>divalproex sodium</i>	28
<i>docetaxel</i>	16
<b>DOCETAXEL</b>	16
<i>dofetilide</i>	22
<i>donepezil hydrochloride</i>	29
<i>dorzolamide hcl</i>	54
<i>dorzolamide hcl-timolol</i>	
<i>maleate ophth soln 22.3-6.8 mg/ml</i>	54
<i>dotti</i>	43
<b>DOVATO TAB 50-300MG</b>	
.....	11
<i>doxazosin mesylate</i>	20
<i>doxepin hcl</i>	30
<i>doxepin hcl (sleep)</i>	35
<i>doxercalciferol</i>	45
<i>doxorubicin hcl</i>	15
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	15
<i>doxy 100</i>	15
<i>doxycycline (monohydrate)</i>	
.....	15
<i>doxycycline hyclate</i>	15
<b>DRIZALMA SPRINKLE</b>	30
<i>dronabinol</i>	45
<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 3-0.02 mg</i>	41
<i>drospirenone-ethinyl</i>	
<i>estradiol tab 3-0.03 mg</i>	41
<b>DROXIA</b>	49
<i>duloxetine hcl</i>	30
<b>DUREZOL</b>	54
<i>dutasteride</i>	47
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	
<i>cap 0.5-0.4 mg</i>	47
<b>E</b>	
<i>ec-naproxen</i>	7
<b>EDARBI</b>	22
<b>EDARBYCLOR TAB 40-12.5</b>	21
<b>EDARBYCLOR TAB 40-25MG</b>	21
<b>EDURANT</b>	11
<i>efavirenz</i>	11
<i>efavirenz-emtricitabine-tenofovir df tab 600-200-300 mg</i>	11
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 400-300-300 mg</i>	11
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir df tab 600-300-300 mg</i>	12
<i>elinet</i>	41
<b>ELIQUIS</b>	48
<b>ELIQUIS STARTER PACK</b>	
.....	48
<b>ELLA</b>	41
<i>eluryng</i>	41
<b>EMCYT</b>	16
<b>EMEND</b>	45
<i>emoquette</i>	41
<b>EMSAM</b>	30
<i>emtricitabine</i>	11
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 100-150 mg</i>	12
<i>emtricitabine-tenofovir disoproxil fumarate tab 133-200 mg</i>	12

emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
167-250 mg.....12	
emtricitabine-tenofovir	
disoproxil fumarate tab	
200-300 mg.....12	
EMTRIVA.....11	
EMVERM.....9	
enalapril maleate .....	20
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
10-25 mg.....20	
enalapril maleate &	
hydrochlorothiazide tab	
5-12.5 mg.....20	
ENBREL .....	49
ENBREL MINI.....49	
ENBREL SURECLICK....49	
ENDARI .....	49
endocet tab 10-325mg.....8	
endocet tab 2.5-325mg.....8	
endocet tab 5-325mg.....8	
endocet tab 7.5-325mg.....8	
ENGERIX-B.....51	
enoxaparin sodium .....	48
enpresse-28.....41	
enskyce .....	41
ENSTILAR AER.....59	
entacapone.....32	
entecavir.....12	
ENTRESTO TAB 24-26MG	
.....21	
ENTRESTO TAB 49-51MG	
.....21	
ENTRESTO TAB 97-	
103MG .....	21
enulose .....	46
EPCLUSA TAB 200-50MG	
.....12	
EPCLUSA TAB 400-100.12	
EPIDIOLEX.....28	
epinephrine (anaphylaxis)	
.....56	
epirubicin hcl.....15	
epitol.....28	
EPIVIR HBV .....	12
eplerenone.....20	
ergocalciferol .....	55
ergotamine w/ caffeine tab	
1-100 mg.....36	
ERIVEDGE .....	17
ERLEADA.....16	
erlotinib hcl .....	17
errin .....	41
ertapenem sodium.....9	
ery.....58	
ery-tab .....	13
ERYTHROCIN	
LACTOBIONATE .....	13
erythrocin stearate.....13	
erythromycin (acne aid) ..58	
erythromycin (ophth).....53	
erythromycin base .....	14
erythromycin ethylsuccinate	
.....14	
ESBRIET .....	56
escitalopram oxalate.....30	
esomeprazole magnesium	
.....47	
estarrylla .....	41
estradiol.....43	
estradiol & norethindrone	
acetate tab 0.5-0.1 mg	43
estradiol & norethindrone	
acetate tab 1-0.5 mg ...	43
estradiol vaginal.....43	
estradiol valerate .....	43
ethambutol hcl .....	12
ethosuximide.....28	
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-35 mcg .....	41
ethynodiol diacetate &	
ethinyl estradiol tab 1	
mg-50 mcg .....	41
etodolac .....	7
etonogestrel-ethinyl	
estradiol va ring 0.120-	
0.015 mg/24hr.....41	
etoposide .....	16
euthyrox.....45	
everolimus .....	17
everolimus	
(immunosuppressant) .51	
EVOTAZ TAB 300-150 ..12	
exemestane .....	16
EZALLOR SPRINKLE....23	
ezetimibe .....	23
ezetimibe-simvastatin tab	
10-10 mg .....	23
ezetimibe-simvastatin tab	
10-20 mg .....	23
ezetimibe-simvastatin tab	
10-40 mg .....	23
ezetimibe-simvastatin tab	
10-80 mg .....	23
F	
FABRAZYME .....	44
falmina .....	41
famciclovir.....12	
famotidine .....	46
famotidine in nacl 0.9% iv	
soln 20 mg/50ml.....46	
FANAPT .....	32
FANAPT PAK .....	32
FARXIGA.....38	
FARYDAK.....17	
FASENRA .....	56
FASENRA PEN .....	56
felbamate.....28	
felodipine .....	25
femynor.....41	
fenofibrate .....	23
fenofibrate micronized ...	23
fentanyl .....	7
fentanyl citrate .....	8
FETZIMA .....	30
FETZIMA CAP TITRATIO	
.....30	
FIASP FLEX INJ TOUCH39	
FIASP INJ 100/ML .....	39
FIASP PENFIL INJ U-100	
.....39	
FINACEA .....	60
finasteride .....	47
FINTEPLA.....28	
flac .....	61
FLAREX .....	54
FLEBOGAMMA DIF.....50	
flecainide acetate.....22	
FLOVENT DISKUS.....57	
FLOVENT HFA.....57	
fluconazole.....10	
fluconazole in nacl 0.9% inj	
200 mg/100ml .....	10

<i>fluconazole in nacl 0.9% inj</i>	
<i>400 mg/200ml</i>	10
<i>flucytosine</i>	10
<i>fludrocortisone acetate</i>	43
<i>flunisolide (nasal)</i>	57
<i>fluocinolone acetonide</i>	59
<i>fluocinolone acetonide</i>	
<i>(otic)</i>	61
<i>fluocinonide</i>	59
<i>fluocinonide emulsified</i>	
<i>base</i>	59
<i>fluorometholone (ophth)</i>	54
<i>fluorouracil</i>	15
<i>fluorouracil (topical)</i>	60
<i>fluoxetine hcl</i>	30
<i>fluphenazine decanoate</i>	32
<i>fluphenazine hcl</i>	32
<i>flurbiprofen</i>	7
<i>flurbiprofen sodium</i>	54
<i>flutamide</i>	16
<i>fluticasone propionate</i>	59
<i>fluticasone propionate</i>	
<i>(nasal)</i>	57
<i>fluvastatin sodium</i>	23
<i>fluvoxamine maleate</i>	27
<i>folic acid</i>	55
<i>fondaparinux sodium</i>	48
<i>FORTEO</i>	40
<i>FOSAMAX + D TAB 70-</i>	
<i>2800</i>	40
<i>FOSAMAX + D TAB 70-</i>	
<i>5600</i>	40
<i>fosamprenavir calcium</i>	11
<i>fosinopril sodium</i>	20
<i>fosinopril sodium &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>10-12.5 mg</i>	20
<i>fosinopril sodium &amp;</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>20-12.5 mg</i>	20
<i>FRAGMIN</i>	48
<i>FREAMINE HBC INJ 6.9%</i>	
<i>.....</i>	53
<i>FREAMINE III INJ 10%</i>	53
<i>frovatriptan succinate</i>	36
<i>fulvestrant</i>	16
<i>furosemide</i>	25
<i>furosemide inj</i>	25
<i>FUZEON</i>	11
<i>fyavolv tab 0.5mg-2.5mcg</i>	
<i>.....</i>	43
<i>fyavolv tab 1mg-5mcg</i>	43
<i>FYCOMPA</i>	28
<b>G</b>	
<i> gabapentin</i>	28
<i> galantamine hydrobromide</i>	
<i>.....</i>	29
<i> GAMASTAN INJ</i>	50
<i> GAMMAGARD LIQUID</i>	50
<i> GAMMAGARD S/D IGA</i>	
<i> LESS TH</i>	50
<i> GAMMAKED</i>	50
<i> GAMMAPLEX</i>	50
<i> GAMUNEX-C</i>	50
<i> ganciclovir sodium</i>	12
<i> GARDASIL 9 INJ</i>	51
<i> gatifloxacin (ophth)</i>	53
<i> GATTEX</i>	47
<i> GAUZE PADS 2</i>	39
<i> gavilyte-c</i>	46
<i> gavilyte-g</i>	46
<i> gavilyte-n/flavor pack</i>	46
<i> GAVRETO</i>	17
<i> gemcitabine hcl</i>	15
<i> gemfibrozil</i>	23
<i> generlac</i>	46
<i> gengraf</i>	51
<i> GENOTROPIN</i>	44
<i> GENOTROPIN MINIQUICK</i>	
<i>.....</i>	44
<i> gentak</i>	53
<i> gentamicin in saline inj 0.8</i>	
<i> mg/ml</i>	9
<i> gentamicin in saline inj 1</i>	
<i> mg/ml</i>	9
<i> gentamicin in saline inj 1.2</i>	
<i> mg/ml</i>	9
<i> gentamicin in saline inj 1.6</i>	
<i> mg/ml</i>	9
<i> gentamicin in saline inj 2</i>	
<i> mg/ml</i>	9
<i> gentamicin sulfate</i>	9
<i> gentamicin sulfate (ophth)</i>	
<i>.....</i>	53
<i> gentamicin sulfate (topical)</i>	
<i>.....</i>	58
<i> GENVOYA TAB</i>	12
<i> gianvi</i>	41
<i> GILENYA</i>	36
<i> GILOTrif</i>	17
<i> glatiramer acetate</i>	36
<i> glatopa</i>	36
<i> glimepiride</i>	38
<i> glipizide</i>	38
<i> glipizide xl</i>	38
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i> 2.5-250 mg</i>	38
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i> 2.5-500 mg</i>	38
<i> glipizide-metformin hcl tab</i>	
<i> 5-500 mg</i>	38
<i> glycopyrrolate</i>	46
<i> glydo</i>	60
<i> GLYXAMBI TAB 10-5 MG</i>	
<i>.....</i>	38
<i> GLYXAMBI TAB 25-5 MG</i>	
<i>.....</i>	38
<i> GOLYTELY SOL</i>	46
<i> GRALISE</i>	36
<i> granisetron hcl</i>	45, 46
<i> griseofulvin microsize</i>	10
<i> griseofulvin ultramicrosize</i>	
<i>.....</i>	10
<i> guanfacine hcl</i>	26
<i> guanfacine hcl (adhd)</i>	35
<i> GVOKE HYOPEN 2-PACK</i>	
<i>.....</i>	44
<i> GVOKE PFS</i>	44
<b>H</b>	
<i> HAEGARDA</i>	49
<i> hailey 1.5/30</i>	41
<i> halobetasol propionate</i>	59
<i> haloperidol</i>	32
<i> haloperidol decanoate</i>	33
<i> haloperidol lactate</i>	33
<i> HARVONI PAK 33.75-150MG</i>	
<i>.....</i>	12
<i> HARVONI PAK 45-200MG</i>	
<i>.....</i>	12
<i> HARVONI TAB 45-200MG</i>	
<i>.....</i>	12
<i> HARVONI TAB 90-400MG</i>	
<i>.....</i>	12
<i> HAVRIX</i>	51
<i> heather</i>	41
<i> HEP SOD/NACL INJ 25000UNT</i>	
<i>.....</i>	48

<i>heparin sodium (porcine)</i>	48
<i>heparin sodium (porcine)</i>	
<i>100 unit/ml in d5w</i>	48
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 20000 unit/500ml-5%</i>	48
<i>heparin sodium (porcine)-dextrose iv sol 25000 unit/500ml-5%</i>	48
<b>HEPARIN/NACL INJ</b>	
<i>25000UNT</i>	49
<b>hepatamine</b>	53
<b>HERCEP HYLEC SOL</b>	60-
<i>10000</i>	17
<b>HERCEPTIN</b>	17
<b>HERZUMA</b>	17
<b>HETLIOZ</b>	35
<b>HIBERIX</b>	51
<b>HUMIRA</b>	50
<b>HUMIRA PEDIA INJ</b>	
<i>CROHNS</i>	50
<b>HUMIRA PEDIATRIC</b>	
<i>CROHNS D</i>	50
<b>HUMIRA PEN</b>	50
<b>HUMIRA PEN KIT PS/UV</b>	
<i>.....</i>	50
<b>HUMIRA PEN-CD/UC/HS</b>	
<i>START</i>	50
<b>HUMIRA PEN-PS/UV</b>	
<i>STARTER</i>	50
<b>HUMULIN R U-500</b>	
<i>(CONCENTR</i>	39
<b>HUMULIN R U-500</b>	
<i>KWIKPEN</i>	39
<i>hydralazine hcl</i>	26
<i>hydrochlorothiazide</i>	25
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen soln 7.5-325 mg/15ml</i>	8
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen tab 10-325 mg</i>	8
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen tab 5-325 mg</i>	8
<i>hydrocodone-</i>	
<i>acetaminophen tab 7.5-325 mg</i>	8
<i>hydrocodone-ibuprofen tab</i>	
<i>7.5-200 mg</i>	8
<i>hydrocortisone</i>	43
<i>hydrocortisone (intrarectal)</i>	
<i>.....</i>	46
<i>hydrocortisone (rectal)</i>	60
<i>hydrocortisone (topical)</i>	59
<i>hydromorphone hcl</i>	8
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	
<i>.....</i>	50
<i>hydroxyurea</i>	16
<i>hydroxyzine hcl</i>	55
<i>hydroxyzine pamoate</i>	55
<b>HYSINGLA ER</b>	7
<b>I</b>	
<i>ibandronate sodium</i>	40
<b>IBRANCE</b>	17
<i>ibu</i>	7
<i>ibuprofen</i>	7
<i>icatibant acetate</i>	49
<i>iclevia</i>	41
<b>ICLUSIG</b>	17
<b>IDHIFA</b>	17
<b>ILEVRO</b>	54
<i>imatinib mesylate</i>	17
<b>IMBRUVICA</b>	17, 18
<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>intravenous for soln 250 mg</i>	9
<i>imipenem-cilastatin</i>	
<i>intravenous for soln 500 mg</i>	9
<i>imipramine hcl</i>	30
<i>imiquimod</i>	60
<b>IMOVAX RABIES</b>	
<i>(H.D.C.V.)</i>	51
<i>incassia</i>	41
<b>INCRELEX</b>	44
<b>INCRUSE ELLIPTA</b>	55
<i>indapamide</i>	25
<b>INFANRIX INJ</b>	51
<b>INGREZZA</b>	36
<b>INGREZZA CAP 40-80MG</b>	
<i>.....</i>	36
<b>INLYTA</b>	18
<b>INQOVI TAB 35-100MG</b>	.16
<b>INREBIC</b>	18
<b>INSULIN SAFETY NEEDLES</b>	39
<b>INSULIN SYRINGES:</b>	
<i>BD/ULTIMED/ALLISON/ TRIVIDIA/MHC</i>	39
<b>INTELENCE</b>	11
<b>INTRALIPID</b>	53
<b>INTRON A</b>	51
<i>introvale</i>	41
<b>INVEGA SUSTENNA</b>	33
<b>INVEGA TRINZA</b>	33
<b>INVIRASE</b>	11
<b>IPOL INJ INACTIVE</b>	51
<i>ipratropium bromide</i>	55
<i>ipratropium bromide (nasal)</i>	
<i>.....</i>	55
<i>ipratropium-albuterol nebu soln 0.5-2.5(3) mg/3ml</i>	55
<i>irbesartan</i>	22
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>150-12.5 mg</i>	21
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide tab</i>	
<i>300-12.5 mg</i>	21
<b>IRESSA</b>	18
<i>irinotecan hcl</i>	16
<b>ISENTRESS</b>	11
<b>ISENTRESS HD</b>	11
<i>isis bloom</i>	41
<b>ISOLYTE-P INJ /D5W</b>	52
<b>ISOLYTE-S INJ</b>	52
<i>isoniazid</i>	12
<i>isosorbide dinitrate</i>	26
<i>isosorbide mononitrate</i>	26
<i>isotretinoin</i>	58
<i>isradipine</i>	25
<i>itraconazole</i>	10
<i>ivermectin</i>	9
<b>IXIARO INJ</b>	51
<b>J</b>	
<b>JAKAFI</b>	18
<i>jantoven</i>	49
<b>JANUMET TAB 50-1000</b>	38
<b>JANUMET TAB 50-500MG</b>	
<i>.....</i>	38
<b>JANUMET XR TAB 100-1000</b>	
<i>.....</i>	38
<b>JANUMET XR TAB 50-1000</b>	
<i>.....</i>	38

JANUMET XR TAB 50-500MG .....	38
JANUVIA .....	38
JARDIANCE .....	38
<i>jasmiel</i> .....	41
JENTADUETO TAB 2.5-1000 .....	38
JENTADUETO TAB 2.5-500 .....	38
JENTADUETO TAB 2.5-850 .....	38
JENTADUETO TAB XR 2.5-1000MG .....	38
JENTADUETO TAB XR 5-1000MG .....	38
<i>jinteli</i> .....	43
<i>jolessa</i> .....	41
<i>juleber</i> .....	41
JULUCA TAB 50-25MG ..	12
<i>junel 1.5/30</i> .....	41
<i>junel 1/20</i> .....	42
<i>junel fe 1.5/30</i> .....	42
<i>junel fe 1/20</i> .....	42
JUXTAPID .....	23
<b>K</b>	
KADCYLA .....	18
KALETRA TAB 100-25MG .....	12
KALETRA TAB 200-50MG .....	12
KALYDECO .....	56
KANJINTI .....	18
<i>kariva</i> .....	42
<i>kcl 10 meq/l (0.075%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.2% inj</i> .....	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.9% inj</i> .....	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.45% inj</i> .....	52
<i>kcl 20 meq/l (0.15%) in nacl 0.9% inj</i> .....	52
<i>kcl 30 meq/l (0.224%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	52
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in dextrose 5% &amp; nacl 0.45% inj</i> .....	52
<i>kcl 40 meq/l (0.3%) in nacl 0.9% inj</i> .....	52
KCL/D5W/NACL INJ 0.15/0.2 .....	52
KCL/D5W/NACL INJ 0.3/0.9% .....	52
<i>kelnor 1/35</i> .....	42
<i>kelnor 1/50</i> .....	42
<i>ketococonazole</i> .....	10
<i>ketococonazole (topical)</i> .....	58, 59
<i>ketorolac tromethamine (ophth)</i> .....	54
KEYTRUDA .....	18
KINRIX INJ .....	51
KISQALI .....	18
KISQALI 200 PAK FEMARA .....	16
KISQALI 400 PAK FEMARA .....	16
KISQALI 600 PAK FEMARA .....	16
<i>klor-con</i> .....	52
<i>klor-con 10</i> .....	52
<i>klor-con 8</i> .....	52
<i>klor-con m10</i> .....	52
<i>klor-con m15</i> .....	52
<i>klor-con m20</i> .....	52
KORLYM .....	44
KRISTALOSE .....	46
<i>kurvelo</i> .....	42
KUVAN .....	44
<b>L</b>	
<i>labetalol hcl</i> .....	24
<i>lactated ringer's solution</i> .....	52
<i>lactic acid (ammonium lactate)</i> .....	60
<i>lactulose</i> .....	46
<i>lactulose (encephalopathy)</i> .....	46
<i>lamivudine</i> .....	11
<i>lamivudine (hbv)</i> .....	12
<i>lamivudine-zidovudine tab 150-300 mg</i> .....	12
<i>lamotrigine</i> .....	28
<i>lansoprazole</i> .....	47
<i>lapatinib ditosylate</i> .....	18
<i>larin 1.5/30</i> .....	42
<i>larin 1/20</i> .....	42
<i>larin fe 1.5/30</i> .....	42
<i>larin fe 1/20</i> .....	42
<i>larissia</i> .....	42
LASTACRAFT .....	54
<i>latanoprost</i> .....	54
LATUDA .....	33
<i>leena</i> .....	42
<i>leflunomide</i> .....	50
<b>LENVIMA 10 MG DAILY DOSE</b> .....	18
<b>LENVIMA 12MG DAILY DOSE</b> .....	18
<b>LENVIMA 20 MG DAILY DOSE</b> .....	18
<b>LENVIMA 4 MG DAILY DOSE</b> .....	18
<b>LENVIMA 8 MG DAILY DOSE</b> .....	18
LENVIMA CAP 14 MG .....	18
LENVIMA CAP 18 MG .....	18
LENVIMA CAP 24 MG .....	18
<i>lessina</i> .....	42
<i>letrozole</i> .....	16
<i>leucovorin calcium</i> .....	19
LEUKERAN .....	15
<i>leuprolide acetate</i> .....	16
<i>levalbuterol hcl</i> .....	56
<i>levalbuterol tartrate</i> .....	56
LEVEMIR .....	40
LEVEMIR FLEXTOUCH ..	40
<i>levetiracetam</i> .....	28
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1000 mg/100ml</i> .....	28
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 1500 mg/100ml</i> .....	28
<i>levetiracetam in sodium chloride iv soln 500 mg/100ml</i> .....	28
<i>levobunolol hcl</i> .....	54

<i>levocarnitine (metabolic modifiers)</i> .....	44
<i>levocetirizine dihydrochloride</i> .....	55
<i>levofloxacin</i> .....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 250 mg/50ml</i> .....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 500 mg/100ml</i> .....	14
<i>levofloxacin in d5w iv soln 750 mg/150ml</i> .....	14
<i>levonest</i> .....	42
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol (91-day) tab 0.15-0.03 mg</i> .....	42
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.1 mg-20 mcg</i> .....	42
<i>levonorgestrel &amp; ethinyl estradiol tab 0.15 mg-30 mcg</i> .....	42
<i>levonorgestrel-eth estra tab 0.05-30/0.075-40/0.125-30mg-mcg</i> .....	42
<i>levora 0.15/30-28</i> .....	42
<i>levo-t</i> .....	45
<i>levothyroxine sodium</i> .....	45
<i>levoxyl</i> .....	45
<i>LEXIVA</i> .....	11
<i>lidocaine</i> .....	60
<i>lidocaine hcl</i> .....	60
<i>lidocaine hcl (local anesth.)</i> .....	9
<i>lidocaine hcl (mouth-throat)</i> .....	61
<i>lidocaine-prilocaine cream 2.5-2.5%</i> .....	60
<i>lillow</i> .....	42
<i>linezolid</i> .....	9
<i>linezolid in sodium chloride iv soln 600 mg/300ml-0.9%</i> .....	9
<i>LINZESS</i> .....	47
<i>liothyronine sodium</i> .....	45
<i>lisinopril</i> .....	20
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 10-12.5 mg</i> .....	20
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	20
<i>lisinopril &amp; hydrochlorothiazide tab 20-25 mg</i> .....	20
<i>LITHIUM</i> .....	36
<i>lithium carbonate</i> .....	36
<i>LIVALO</i> .....	23
<i>loestrin 1.5/30-21</i> .....	42
<i>loestrin 1/20-21</i> .....	42
<i>loestrin fe 1.5/30</i> .....	42
<i>loestrin fe 1/20</i> .....	42
<i>LOKELMA</i> .....	41
<i>LONSURF TAB 15-6.14</i> .16	
<i>LONSURF TAB 20-8.19</i> .16	
<i>loperamide hcl</i> .....	47
<i>lopinavir-ritonavir soln 400-100 mg/5ml (80-20 mg/ml)</i> .....	12
<i>lopreeza</i> .....	43
<i>lorazepam</i> .....	27
<i>lorazepam intensol</i> .....	27
<i>LORBRENA</i> .....	18
<i>loryna</i> .....	42
<i>losartan potassium</i> .....	22
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-12.5 mg</i> .....	21
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 100-25 mg</i> .....	21
<i>losartan potassium &amp; hydrochlorothiazide tab 50-12.5 mg</i> .....	21
<i>LOTEMAX</i> .....	54
<i>lovastatin</i> .....	23
<i>low-ogestrel</i> .....	42
<i>loxapine succinate</i> .....	33
<i>LUMIGAN</i> .....	54
<i>LUMIZYME</i> .....	44
<i>LUPRON DEPOT (1-MONTH)</i> .....	16
<i>LUPRON DEPOT (3-MONTH)</i> .....	16
<i>LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)</i> .....	44
<i>LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)</i> .....	44
<i>lulera</i> .....	42
<i>lyeq</i> .....	42
<i>LYNPARZA</i> .....	18
<i>LYRICA CR</i> .....	36
<i>LYSODREN</i> .....	16
<i>lyza</i> .....	42
<b>M</b>	
<i>magnesium sulfate</i> .....	52
<b>MAGNESIUM SULFATE</b> 52	
<i>magnesium sulfate in dextrose 5% iv soln 1 gm/100ml</i> .....	52
<i>malathion</i> .....	60
<i>maprotiline hcl</i> .....	30
<i>marlissa</i> .....	42
<i>MARPLAN</i> .....	30
<i>MATULANE</i> .....	16
<i>matzim la</i> .....	25
<i>MAVYRET TAB 100-40MG</i> .....	12
<i>meclizine hcl</i> .....	46
<i>medroxyprogesterone acetate</i> .....	45
<i>medroxyprogesterone acetate (contraceptive)</i> .....	42
<i>mefloquine hcl</i> .....	10
<i>megestrol acetate</i> .....	16, 45
<i>megestrol acetate (appetite)</i> .....	45
<i>MEKINIST</i> .....	18
<i>MEKTOVI</i> .....	18
<i>meloxicam</i> .....	7
<i>memantine hcl</i> .....	29, 30
<i>MENACTRA INJ</i> .....	51
<i>MENQUADFI INJ</i> .....	51
<i>MENVEO INJ</i> .....	51
<i>mercaptopurine</i> .....	15
<i>meropenem</i> .....	9
<i>mesalamine</i> .....	46
<i>mesalamine w/ cleanser</i> .....	46
<i>MESNEX</i> .....	19
<i>metadate er</i> .....	35
<i>metformin hcl</i> .....	38
<i>methadone hcl</i> .....	7
<i>methadone hcl intensol</i> .....	7
<i>methazolamide</i> .....	25
<i>methenamine hippurate</i> .....	9
<i>methimazole</i> .....	45
<i>methotrexate sodium</i> .....	15, 50

<i>methyldopa</i>	26	<i>mometasone furoate</i>	59	<i>nefazodone hcl</i>	30
<i>methylphenidate hcl</i>	35	<i>monodoxine nl</i>	15	<i>neomycin sulfate</i>	9
<i>methylprednisolone</i>	43	<i>MONJUVI</i>	18	<i>neomycin-bacitrac zn-</i>	
<i>methylprednisolone acetate</i>	43	<i>mono-linyah</i>	42	<i>polymyx 5(3.5)mg-</i>	
		<i>montelukast sodium</i>	56	<i>400unt-1000unt op oin</i>	
<i>methylprednisolone sod</i>		<i>morphine sulfate</i>	7, 8		53
<i>succ</i>	43	<i>MORPHINE SULFATE</i>	8	<i>neomycin-polomyx-gramicid</i>	
<i>metoclopramide hcl</i>	46	<i>MOVANTIK</i>	47	<i>op sol 1.75-10000-</i>	
<i>metolazone</i>	25	<i>moxifloxacin hcl</i>	14	<i>0.025mg-unt-mg/ml</i>	54
<i>metoprolol &amp;</i>		<i>moxifloxacin hcl (ophth)</i>	53	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>moxifloxacin hcl 400</i>		<i>dexamethasone ophth</i>	
<i>100-25 mg</i>	24	<i>mg/250ml in sodium</i>		<i>oint 0.1%</i>	53
<i>metoprolol &amp;</i>		<i>chloride 0.8% inj</i>	14	<i>neomycin-polymyxin-</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<b>MOXIFLOXACIN</b>		<i>dexamethasone ophth</i>	
<i>100-50 mg</i>	24	<i>HYDROCHLORID</i>	14	<i>susp 0.1%</i>	53
<i>metoprolol &amp;</i>		<b>MULTAQ</b>	22	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	
<i>hydrochlorothiazide tab</i>		<i>mupirocin</i>	58	<i>ophth susp</i>	53
<i>50-25 mg</i>	24	<i>MVASI</i>	18	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	
<i>metoprolol succinate</i>	24	<i>mycophenolate mofetil</i>	51	<i>soln 1%</i>	61
<i>metoprolol tartrate</i>	24	<i>mycophenolate sodium</i>	51	<i>neomycin-polymyxin-hc otic</i>	
<i>metronidazole</i>	9	<i>myorisan</i>	58	<i>susp 3.5 mg/ml-10000</i>	
<i>metronidazole (topical)</i>	60	<b>MYRBETRIQ</b>	48	<i>unit/ml-1%</i>	61
<i>metronidazole in nacl</i>		<b>N</b>		<b>NEPHRAMINE INJ 5.4%</b>	53
<i>0.79% iv soln 500</i>		<i>nabumetone</i>	7	<b>NERLYNX</b>	18
<i>mg/100ml</i>	9	<i>nadolol</i>	24	<b>NEUPRO</b>	32
<i>metronidazole vaginal</i>	48	<i>nafcillin sodium</i>	14	<i>nevirapine</i>	11
<i>metyrosine</i>	26	<b>NAFCILLIN SODIUM</b>	14	<b>NEXAVAR</b>	18
<b>MG SO4/D5W INJ</b>		<i>NAGLAZYME</i>	44	<i>niacin (antihyperlipidemic)</i>	
<i>10MG/ML</i>	52	<i>nalbuphine hcl</i>	8		23
<i>micafungin sodium</i>	10	<i>naloxone hcl</i>	37	<i>nicardipine hcl</i>	25
<i>microgestin 1.5/30</i>	42	<i>naltrexone hcl</i>	37	<b>NICOTROL INHALER</b>	37
<i>microgestin 1/20</i>	42	<b>NAMZARIC CAP 14-10MG</b>		<b>NICOTROL NS</b>	37
<i>microgestin fe 1.5/30</i>	42		30	<i>nifedipine</i>	25
<i>microgestin fe 1/20</i>	42	<b>NAMZARIC CAP 21-10MG</b>		<i>nikki</i>	42
<i>midodrine hcl</i>	26		30	<i>nilutamide</i>	16
<i> miglustat</i>	44	<b>NAMZARIC CAP 28-10MG</b>		<i>nimodipine</i>	25
<i> mili</i>	42		30	<b>NINLARO</b>	18
<i> mimvey</i>	43	<b>NAMZARIC CAP 7-10MG</b>		<i>nisoldipine</i>	25
<i> minitran</i>	26		30	<i>nitazoxanide</i>	9
<i> minocycline hcl</i>	15	<b>NAMZARIC CAP PACK</b>	30	<i>nitisinone</i>	44
<i> minoxidil</i>	26	<i>naproxen</i>	7	<b>NITRO-BID</b>	26
<i> mirtazapine</i>	30	<i>naproxen sodium</i>	7	<b>NITRO-DUR</b>	26
<i> misoprostol</i>	47	<i>naratriptan hcl</i>	36	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	9
<i> MITIGARE</i>	7	<b>NARCAN</b>	37	<i>nitrofurantoin monohyd</i>	
<i> M-M-R II INJ</i>	51	<i>NATACYN</i>	53	<i>macro</i>	9
<i> M-NATAL PLUS TAB</i>	52	<i>nateglinide</i>	38	<i>nitroglycerin</i>	26
<i> modafinil</i>	37	<b>NATPARA</b>	40	<i>nizatidine</i>	46
<i> moexipril hcl</i>	20	<i>NAYZILAM</i>	28	<i>nora-be</i>	42
<i> molindone hcl</i>	33	<i>necon 0.5/35-28</i>	42		

<i>norethindrone</i>	
(contraceptive) .....	42
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1 mg-20 mcg</i> .....	42
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol tab 1.5 mg-30 mcg</i> .....	42
<i>norethindrone ace &amp; ethinyl estradiol-fe tab 1 mg-20 mcg</i> .....	42
<i>norethindrone acetate</i> ....	45
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 0.5 mg-2.5 mcg</i> .....	43
<i>norethindrone acetate-ethinyl estradiol tab 1 mg-5 mcg</i> .....	43
<i>norgestimate &amp; ethinyl estradiol tab 0.25 mg-35 mcg</i> .....	42
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-25/0.215-25/0.25-25 mg-mcg</i> .....	42
<i>norgestimate-eth estrad tab 0.18-35/0.215-35/0.25-35 mg-mcg</i> .....	42
<i>NORITATE</i> .....	60
<i>norlyroc</i> .....	42
<i>NORMOSOL -M INJ /D5W</i> .....	52
<i>NORPACE CR</i> .....	22
<i>NORTHERA</i> .....	26
<i>nortrel 0.5/35 (28)</i> .....	42
<i>nortrel 1/35 (21)</i> .....	42
<i>nortrel 1/35 (28)</i> .....	42
<i>nortrel 7/7/7</i> .....	42
<i>nortriptyline hcl</i> .....	30
<i>NORVIR</i> .....	11
<i>NOVOLIN INJ 70/30</i> .....	40
<i>NOVOLIN INJ 70/30 FP</i> .....	40
<i>NOVOLIN N</i> .....	40
<i>NOVOLIN N FLEXPEN</i> .....	40
<i>NOVOLIN R</i> .....	40
<i>NOVOLIN R FLEXPEN</i> .....	40
<i>NOVOLOG</i> .....	40
<i>NOVOLOG FLEXPEN</i> .....	40
<i>NOVOLOG MIX INJ 70/30</i> .....	40
<i>NOVOLOG MIX INJ</i>	
<i>FLEXPEN</i> .....	40
<i>NOVOLOG PENFILL</i> .....	40
<i>NOXAFILE</i> .....	10
<i>NUBEQA</i> .....	16
<i>NUEDEXTA CAP 20-10MG</i> .....	36
<i>NULOJIX</i> .....	51
<i>NULYTELY SOL FLAV PKS</i> .....	46
<i>NUPLAZID</i> .....	33
<i>NUTRILIPID</i> .....	53
<i>nyamyc</i> .....	58
<i>nylia 7/7/7</i> .....	42
<i>NYMALIZE</i> .....	25
<i>nystatin</i> .....	10
<i>nystatin (mouth-throat)</i> .....	61
<i>nystatin (topical)</i> .....	58
<i>nystop</i> .....	58
<b>O</b>	
<i>ocella</i> .....	42
<i>OCTAGAM</i> .....	50
<i>octreotide acetate</i> .....	44
<i>ODESEY TAB</i> .....	12
<i>ODOMZO</i> .....	18
<i>OFEV</i> .....	56
<i>ofloxacin (ophth)</i> .....	54
<i>ofloxacin (otic)</i> .....	61
<i>OGIVRI</i> .....	18
<i>OGIVRI INJ 420MG</i> .....	18
<i>olanzapine</i> .....	33
<i>olmesartan medoxomil</i> .....	22
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 20-12.5 mg</i> .....	21
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....	21
<i>olmesartan medoxomil-hydrochlorothiazide tab 40-25 mg</i> .....	21
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 20-5-12.5 mg</i> .....	21
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-12.5 mg</i> .....	22
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-10-25 mg</i> .....	22
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-12.5 mg</i> .....	21
<i>olmesartan-amlodipine-hydrochlorothiazide tab 40-5-25 mg</i> .....	21
<i>olopatadine hcl</i> .....	54
<i>olopatadine hcl (nasal)</i> .....	55
<i>omeprazole</i> .....	47
<i>OMNARIS</i> .....	57
<i>OMNIPOD KIT STARTER</i> .....	40
<i>OMNIPOD MIS 5 PACK</i> .....	40
<i>ondansetron</i> .....	46
<i>ondansetron hcl</i> .....	46
<i>ONTRUZANT</i> .....	18
<i>ONUREG</i> .....	16
<i>OPSUMIT</i> .....	26
<i>ORGOVYX</i> .....	16
<i>ORKAMBI GRA 100-125</i> .....	56
<i>ORKAMBI GRA 150-188</i> .....	56
<i>ORKAMBI TAB 100-125</i> .....	56
<i>ORKAMBI TAB 200-125</i> .....	56
<i>orsythia</i> .....	42
<i>oseltamivir phosphate</i> .....	12, 13
<i>OSPHENA</i> .....	44
<i>oxacillin sodium</i> .....	14
<i>oxaliplatin</i> .....	15
<i>oxandrolone</i> .....	37
<i>oxaprozin</i> .....	7
<i>oxcarbazepine</i> .....	28
<i>oxybutynin chloride</i> .....	48
<i>oxycodone hcl</i> .....	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 10-325 mg</i> .....	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 2.5-325 mg</i> .....	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 5-325 mg</i> .....	8
<i>oxycodone w/ acetaminophen tab 7.5-325 mg</i> .....	8

OXYTROL .....	48
OZEMPIK (0.25 OR 0.5MG/DOSE) .....	39
OZEMPIK (1MG/DOSE) ..	39
<b>P</b>	
pacerone.....	22, 23
paclitaxel.....	16
paliperidone .....	33
pamidronate disodium ..	40
<b>PAMIDRONATE</b>	
DISODIUM .....	40
pantoprazole sodium .....	47
<b>PANZYGA</b> .....	51
paraplatin.....	15
paricalcitol.....	45
paroex.....	61
paromomycin sulfate.....	10
paroxetine hcl .....	30, 31
<b>PASER</b> .....	12
<b>PAXIL</b> .....	31
<b>PAZEO</b> .....	54
<b>PEDIARIX INJ 0.5ML</b> .....	51
<b>PEDVAX HIB</b> .....	51
peg 3350-kcl-na bicarb-	
nacl-na sulfate for soln	
236 gm.....	47
peg 3350-kcl-sod bicarb-	
nacl for soln 420 gm....	47
<b>PEGANONE</b> .....	28
<b>PEGASYS</b> .....	13
<b>PEMAZYRE</b> .....	18
<b>PEN GK/DEXTR INJ</b>	
40000/ML .....	14
<b>PEN GK/DEXTR INJ</b>	
60000/ML .....	14
<b>PEN NEEDLES:</b>	
NOVO/BD/ULTIMED/OW	
EN/TRIVIDIA .....	40
<b>penicillamine</b> .....	41
<b>penicillin g potassium</b> .....	15
<b>PENICILLIN G PROCAINE</b>	
.....	15
<b>penicillin g sodium</b> .....	15
<b>penicillin v potassium</b> .....	15
<b>PENTACEL INJ</b> .....	51
<b>pentamidine isethionate inh</b>	
.....	10
<b>pentamidine isethionate inj</b>	
.....	10
<b>pentoxifylline</b> .....	49
<b>PERFOROMIST</b> .....	56
<i>perindopril erbumine</i> .....	20
<i>periogard</i> .....	61
<i>permethrin</i> .....	60
<i>perphenazine</i> .....	33
<b>PERSERIS</b> .....	33
<i>pfizerpen</i> .....	15
<i>phenelzine sulfate</i> .....	31
<i>phenobarbital</i> .....	28
<i>phenobarbital sodium</i> .....	28
<b>PHENYTEK</b> .....	28
<i>phenytoin</i> .....	28
<i>phenytoin sodium</i> .....	28
<i>phenytoin sodium extended</i>	
.....	28
<b>PHESGO SOL</b> .....	18
<i>philith</i> .....	42
<b>PHOSPHOLINE IODIDE</b> 54	
<i>phytonadione</i> .....	55
<b>PICATO</b> .....	60
<b>PIFELTRO</b> .....	11
<i>pilocarpine hcl</i> .....	54
<i>pilocarpine hcl (oral)</i> .....	61
<i>pimozide</i> .....	33
<i>pimtrea</i> .....	42
<i>pindolol</i> .....	24
<i>pioglitazone hcl</i> .....	39
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i>na for inj 3.375 gm (3-</i>	
<i>0.375 gm)</i> .....	15
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i>sod for inj 13.5 gm (12-</i>	
<i>1.5 gm)</i> .....	15
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i>sod for inj 2.25 gm (2-</i>	
<i>0.25 gm)</i> .....	15
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i>sod for inj 4.5 gm (4-0.5</i>	
<i>gm)</i> .....	15
<i>piperacillin sod-tazobactam</i>	
<i>sod for inj 40.5 gm (36-</i>	
<i>4.5 gm)</i> .....	15
<b>PIQRAY 200MG DAILY</b>	
DOSE .....	18
<b>PIQRAY 250MG TAB</b>	
DOSE .....	18
<b>PIQRAY 300MG DAILY</b>	
DOSE .....	18
<b>pirmella 1/35</b> .....	42
<b>piroxicam</b> .....	7
<b>PLASMA-LYTE INJ -148</b> 52	
<b>PLASMA-LYTE INJ -A</b> ...52	
<i>plenamine</i> .....	53
<b>PLENVU SOL</b> .....	47
<b>PNV FOLIC AC TAB +</b>	
<b>IRON</b> .....	52
<b>podofilox</b> .....	60
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	
<i>ophth soln 10000 unit/ml-</i>	
<i>0.1%</i> .....	54
<b>POMALYST</b> .....	16
<i>portia-28</i> .....	42
<i>posaconazole</i> .....	10
<i>potassium chloride</i> ....52, 53	
<b>POTASSIUM CHLORIDE</b>	
.....	52
<i>potassium chloride</i> 20	
<i>meq/l (0.15%) in</i>	
<i>dextrose 5% inj</i> .....	52
<i>potassium chloride</i>	
<i>microencapsulated</i>	
<i>crystals er</i> .....	53
<i>potassium citrate</i>	
<i>(alkalinizer)</i> .....	48
<b>PRADAXA</b> .....	49
<b>PRALUENT</b> .....	23
<b>pramipexole</b>	
<i>dihydrochloride</i> .....	32
<i>prasugrel hcl</i> .....	49
<i>pravastatin sodium</i> .....	23
<i>praziquantel</i> .....	10
<i>prazosin hcl</i> .....	20
<i>prednisolone</i> .....	44
<i>prednisolone acetate</i>	
<i>(ophth)</i> .....	54
<b>PREDNISOLONE SODIUM</b>	
<b>PHOSP</b> .....	54
<i>prednisolone sodium</i>	
<i>phosphate</i> .....	44
<i>prednisone</i> .....	44
<b>PREDNISONE INTENSOL</b>	
.....	44
<i>pregabalin</i> .....	29
<b>PREMASOL SOL 10%</b> ..53	
<b>PRENATAL TAB 27-1MG</b>	
.....	53
<b>PRENATAL TAB PLUS</b> ..53	

PRENATAL VIT TAB LOW	
IRON .....	53
prevelite .....	24
previfem.....	42
PREZCOBIX TAB 800-150	
.....	12
PREZISTA .....	11
PRIFTIN .....	12
PRILOSEC .....	47
primaquine phosphate .....	10
PRIMAQUINE	
PHOSPHATE .....	10
primidone.....	29
PRIVIGEN .....	51
probenecid.....	7
PROCALAMINE INJ 3% .....	53
prochlorperazine .....	46
prochlorperazine edisylate	
.....	46
prochlorperazine maleate	
.....	46
PROCRT .....	49
procto-med hc .....	60
procto-pak .....	60
proctosol hc .....	60
protozone-hc .....	60
PROGRAF .....	51
PROLASTIN-C.....	57
PROLENSA .....	54
PROLIA .....	41
PROMACTA .....	49
promethazine hcl .....	46
propafenone hcl .....	23
proparacaine hcl .....	54
propranolol &	
hydrochlorothiazide tab	
40-25 mg.....	24
propranolol &	
hydrochlorothiazide tab	
80-25 mg.....	24
propranolol hcl .....	24
propylthiouracil .....	45
PROQUAD INJ .....	51
PROSOL INJ 20% .....	53
protriptyline hcl .....	31
PULMICORT FLEXHALER	
.....	57
PULMOZYME .....	57
PURIXAN.....	16
pyrazinamide .....	12
pyridostigmine bromide... .....	36
<b>Q</b>	
QINLOCK .....	18
QUADRACEL INJ .....	51
quetiapine fumarate .....	33
quinapril hcl .....	20
quinapril-	
hydrochlorothiazide tab	
10-12.5 mg.....	20
quinapril-	
hydrochlorothiazide tab	
20-12.5 mg.....	20
quinapril-	
hydrochlorothiazide tab	
20-25 mg.....	20
quinidine sulfate.....	23
quinine sulfate.....	10
<b>R</b>	
RABAVERT INJ .....	51
rabeprazole sodium .....	47
raloxifene hcl.....	44
ramipril.....	20
ranolazine .....	26
rasagiline mesylate .....	32
RAYALDEE .....	45
reclipsen .....	42
RECOMBIVAX HB .....	51
RECTIV .....	60
REGRANEX .....	60
RELENZA DISKHALER .....	13
RELISTOR .....	47
REMICADE .....	50
RENFLEXIS .....	50
repaglinide .....	39
RETEVMO .....	18
REVLIMID .....	16
REXULTI .....	33
REYATAZ .....	11
RHOPRESSA .....	54
ribavirin (hepatitis c) .....	13
rifabutin .....	12
rifampin .....	12
riluzole .....	36
rimantadine hydrochloride	
.....	13
RINVOQ .....	50
risedronate sodium .....	41
RISPERDAL CONSTA .....	33
risperidone .....	33
ritonavir.....	11
RITUXAN .....	18
RITUXAN INJ HYCELA .....	18
rivastigmine .....	30
rivastigmine tartrate .....	30
rizatriptan benzoate .....	36
ropinirole hydrochloride .....	32
rosadan.....	60
rosuvastatin calcium .....	23
ROTARIX SUS .....	51
ROTATEQ SOL .....	51
roweepra .....	29
ROZLYTREK .....	18
RUBRACA .....	18
rufinamide .....	29
RUKOBIA .....	11
RUXIENCE .....	18
RYBELSUS .....	39
RYDAPT .....	18
<b>S</b>	
SANCUSO .....	46
SANDIMMUNE .....	51
SANTYL .....	60
SAPHRIS .....	34
sapropterin dihydrochloride	
.....	44
SAVELLA .....	36
SAVELLA MIS TITR PAK	
.....	36
scopolamine .....	46
SECUADO .....	34
selegiline hcl .....	32
selenium sulfide .....	59
SELZENTRY .....	11
SEREVENT DISKUS .....	56
sertraline hcl .....	31
setlakin .....	42
sevelamer carbonate .....	45
sharobel .....	42
SHINGRIX .....	51
SIGNIFOR .....	44
sildenafil citrate .....	58
sildenafil citrate (pulmonary hypertension) .....	27
silodosin .....	48
silver sulfadiazine .....	58
SIMBRINZA SUS 1-0.2% .....	54
simliya .....	42

<i>simvastatin</i> .....23	<i>sulfamethoxazole-</i>	<b>SYNJARDY XR TAB 5-</b>
<i>sirolimus</i> .....51	<i>trimethoprim iv soln 400-80 mg/5ml</i> .....10	1000MG .....39
SIRTURO .....12	<i>sulfamethoxazole-</i>	<b>SYNRIBO</b> .....16
SIVEXTRO .....10	<i>trimethoprim susp 200-40 mg/5ml</i> .....10	<b>SYNTHROID</b> .....45
SKYRIZI.....50	<i>sulfamethoxazole-</i>	<b>T</b>
sodium chloride.....52	<i>trimethoprim tab 400-80 mg</i> .....10	<b>TABLOID</b> .....16
sodium chloride ( <i>gu irrigant</i> ).....60	<i>sulfamethoxazole-</i>	<b>TABRECTA</b> .....18
sodium fluoride chew; tab; 1.1 (0.5 f) mg/ml soln ..53	<i>trimethoprim tab 800-160 mg</i> .....10	<i>tacrolimus</i> .....51
sodium phenylbutyrate....44	<b>SULFAMYLYON</b> .....58	<i>tacrolimus (topical)</i> .....60
sodium polystyrene sulfonate powder.....41	<i>sulfasalazine</i> .....46	<i>tadalafil</i> .....58
<i>solifenacin succinate</i> .....48	<i>sulindac</i> .....7	<b>TAFINLAR</b> .....18
SOLIQUA INJ 100/33 ....40	<i>sumatriptan</i> .....36	<b>TAGRISSO</b> .....18
SOLTAMOX.....16	<i>sumatriptan succinate</i> ....36	<b>TALTZ</b> .....50
SOLU-CORTEF .....44	<b>SUPREP BOWEL SOL</b>	<b>TALZENNA</b> .....18
SOMATULINE DEPOT ...45	PREP KIT .....47	<i>tamoxifen citrate</i> .....16
SOMAVERT .....45	<b>SUTENT</b> .....18	<i>tamsulosin hcl</i> .....48
<i>sorine</i> .....23	<i>syeda</i> .....42	<b>TARGETIN</b> .....60
<i>sotalol hcl</i> .....23	<b>SYMBICORT AER 160-4.5</b>	<i>tarina fe 1/20 eq.</i> .....42
<i>sotalol hcl (afib/afl)</i> .....23	.....58	<b>TASIGNA</b> .....18
<i>spironolactone</i> .....20	<b>SYMBICORT AER 80-4.5</b>	<i>tazarotene</i> .....59
<i>spironolactone &amp; hydrochlorothiazide tab 25-25 mg</i> .....25	.....57	<i>tazicef</i> .....13
<i>sprintec 28</i> .....42	<b>SYMDEKO TAB 100-15057</b>	<b>TAZORAC</b> .....59
<b>SPRITAM</b> .....29	<b>SYMDEKO TAB 50-75MG</b>	<i>taztia xt</i> .....25
<b>SPRYCEL</b> .....18	<b>SYMFY LO TAB</b> .....12	<b>TAZVERIK</b> .....19
<i>sps</i> .....41	<b>SYMFY TAB</b> .....12	<b>TDVAX INJ 2-2 LF</b> .....51
<i>sronyx</i> .....42	<b>SYMJEPI</b> .....57	<b>TECENTRIQ</b> .....19
<i>ssd</i> .....58	<b>SYMPAZAN</b> .....29	<b>TEFLARO</b> .....13
<i>stavudine</i> .....11	<b>SYMTUZA TAB</b> .....12	<i>telmisartan</i> .....22
<b>STELARA</b> .....50	<b>SYNAREL</b> .....43	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-10 mg</i> .....22
<b>STIMATE</b> .....45	<b>SYNERCID INJ 500MG</b> ..10	<i>telmisartan-amlodipine tab 40-5 mg</i> .....22
<b>STIVARGA</b> .....18	<b>SYNJARDY TAB 12.5-1000MG</b> .....39	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-10 mg</i> .....22
<i>streptomycin sulfate</i> .....10	<b>SYNJARDY TAB 12.5-500</b>	<i>telmisartan-amlodipine tab 80-5 mg</i> .....22
<b>STRIBILD TAB</b> .....12	.....39	<b>telmisartan-</b>
<i>subvenite</i> .....29	<b>SYNJARDY TAB 5-1000MG</b> .....39	<i>hydrochlorothiazide tab 40-12.5 mg</i> .....22
<i>sucralfate</i> .....47	<b>SYNJARDY TAB 5-</b>	<b>telmisartan-</b>
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....58	1000MG .....39	<i>hydrochlorothiazide tab 80-12.5 mg</i> .....22
<i>sulfacetamide sodium (ophth)</i> .....54	<b>SYNJARDY TAB 5-500MG</b>	<b>temazepam</b> .....35
<i>sulfacetamide sodium-prednisolone ophth soln 10-0.23(0.25)%</i> .....53	.....39	<b>TEMIXYS TAB 300-300</b> ..12
<b>SULFADIAZINE</b> .....10	<b>SYNJARDY XR TAB 10-1000</b> .....39	<b>TENIVAC INJ 5-2LF</b> .....52
	<b>SYNJARDY XR TAB 12.5-1000MG</b> .....39	
	<b>SYNJARDY XR TAB 25-1000</b> .....39	

<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....11	<i>trandolapril</i> .....20	<i>tri-legest fe</i> .....43
<i>terazosin hcl</i> .....20	<i>tranexamic acid</i> .....49	<i>tri-linyah</i> .....43
<i>terbinafine hcl</i> .....10	<i>tranylcypromine sulfate</i> ...31	<i>tri-lo-estarylla</i> .....43
<i>terbutaline sulfate</i> .....56	<i>TRAVASOL INJ 10%</i> .....53	<i>tri-lo-marzia</i> .....43
<i>terconazole vaginal</i> .....48	<i>TRAZIMERA</i> .....19	<i>tri-lo-mili</i> .....43
<i>testosterone</i> .....37	<i>trazodone hcl</i> .....31	<i>tri-lo-sprintec</i> .....43
<i>testosterone cypionate</i> ....37	<i>TRECATOR</i> .....12	<i>trilyte</i> .....47
<i>testosterone enanthate</i> ..37	<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i> 100-62.5-25 MCG .....55	<i>trimethoprim</i> .....10
<i>tetrabenazine</i> .....36	<i>TRELEGY AER ELLIPTA</i> 200-62.5-25 MCG .....55	<i>tri-mili</i> .....43
<i>tetracycline hcl</i> .....15	<i>TRELSTAR MIXJECT</i> ....16	<i>trimipramine maleate</i> ....31
<i>THALOMID</i> .....16	<i>treprostинil</i> .....27	<i>TRINTELLIX</i> .....31
<i>THEO-24</i> .....57	<i>TRESIBA</i> .....40	<i>tri-previfem</i> .....43
<i>theophylline</i> .....57	<i>TRESIBA FLEXTOUCH</i> ..40	<i>tri-sprintec</i> .....43
<i>thioridazine hcl</i> .....34	<i>tretinoin</i> .....58	<i>TRIUMEQ TAB</i> .....12
<i>thiothixene</i> .....34	<i>tretinoin (chemotherapy)</i> .16	<i>trivora-28</i> .....43
<i>tiadylt er</i> .....25	<i>TREXALL</i> .....50	<i>tri-vylibra</i> .....43
<i>tiagabine hcl</i> .....29	<i>triamcinolone acetonide</i> (mouth).....61	<i>tri-vylibra lo</i> .....43
<i>TIBSOVO</i> .....19	<i>triamcinolone acetonide</i> (topical) .....59	<i>TROGARZO</i> .....11
<i>tigecycline</i> .....15	<i>triامterene &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide cap</i> 37.5-25 mg.....25	<i>TROPHAMINE INJ 10%</i> .53
<i>TIGECYCLINE</i> .....15	<i>triامterene &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 37.5-25 mg.....25	<i>trospium chloride</i> .....48
<i>tilia fe</i> .....42	<i>triامterene &amp;</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 75-50 mg.....25	<i>TRULANCE</i> .....47
<i>timolol maleate</i> .....24	<i>TRICARE TAB PRENATAL</i> .....53	<i>TRULICITY</i> .....39
<i>timolol maleate (ophth)</i> ...54	<i>triderm</i> .....59	<i>TRUMENBA INJ</i> .....52
<i>timolol maleate (ophth)</i> once-daily.....54	<i>trientine hcl</i> .....41	<i>TRUVADA TAB 100-150</i> 12
<i>TIVICAY</i> .....11	<i>tri-estarylla</i> .....42	<i>TRUVADA TAB 133-200</i> 12
<i>TIVICAY PD</i> .....11	<i>trifluoperazine hcl</i> .....34	<i>TRUVADA TAB 167-250</i> 12
<i>tizanidine hcl</i> .....37	<i>trifluridine</i> .....54	<i>TRUXIMA</i> .....19
<i>TOBRADEX OIN 0.3-0.1%</i> .....53	<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....32	<i>TUKYSA</i> .....19
<i>TOBRADEX ST SUS 0.3-</i> 0.05 .....53	<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 10-5-1000MG....39	<i>tulana</i> .....43
<i>tobramycin</i> .....10	<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 12.5-2.5-1000MG .....39	<i>TURALIO</i> .....19
<i>tobramycin (ophth)</i> .....54	<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 25-5-1000MG....39	<i>TWINRIX INJ</i> .....52
<i>tobramycin sulfate</i> .....10	<i>TRIJARDY XR TAB ER</i> 24HR 5-2.5-1000MG ...39	<i>TYBOST</i> .....11
<i>tobramycin-dexamethasone</i> ophth susp 0.3-0.1%...53	<i>TRIKAFTA TAB</i> .....57	<i>TYKERB</i> .....19
<i>tolterodine tartrate</i> .....48		<i>TYMLOS</i> .....41
<i>topiramate</i> .....29		<i>TYPHIM VI</i> .....52
<i>toposar</i> .....16		<b>U</b>
<i>toremifene citrate</i> .....16		<i>unithroid</i> .....45
<i>torsemide</i> .....25		<i>ursodiol</i> .....47
<i>TOVIAZ</i> .....48		<b>V</b>
<i>TPN ELECTROL INJ</i> .....52		<i>valacyclovir hcl</i> .....13
<i>TRADJENTA</i> .....39		<i>VALCHLOR</i> .....60
<i>tramadol hcl</i> .....8		<i>valganciclovir hcl</i> .....13
<i>tramadol-acetaminophen</i> tab 37.5-325 mg.....9		<i>valproate sodium</i> .....29
		<i>valproic acid</i> .....29
		<i>valsartan</i> .....22
		<i>valsartan-</i> <i>hydrochlorothiazide tab</i> 160-12.5 mg.....22

valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
160-25 mg.....	22
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
320-12.5 mg.....	22
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
320-25 mg.....	22
valsartan-	
hydrochlorothiazide tab	
80-12.5 mg.....	22
VALTOCO .....	29
vancomycin hcl .....	10
VANCOMYCIN INJ 1 GM	10
VANCOMYCIN INJ 500MG .....	10
VANCOMYCIN INJ 750MG .....	10
vandazole .....	48
VAQTA .....	52
VARIVAX .....	52
VASCEPA.....	24
VELCADE .....	19
velvet .....	43
VELTASSA .....	41
VEMLIDY .....	13
VENCLEXTA .....	19
VENCLEXTA TAB START PK .....	19
venlafaxine hcl .....	31
VENTAVIS .....	27
VENTOLIN HFA.....	56
verapamil hcl .....	25
VERSACLOZ.....	34
VERZENIO .....	19
V-GO 20 KIT .....	40
V-GO 30 KIT .....	40
V-GO 40 KIT .....	40
VICTOZA .....	39
vienna .....	43
vigabatrin .....	29
vigadronе .....	29
VIIBRYD .....	31
VIIBRYD KIT STARTER	31
VIMPAT .....	29
vincristine sulfate .....	16
vinorelbine tartrate.....	17
viorele .....	43
VIRACEPT.....	11
VIREAD .....	11
VITRAKVI .....	19
VIVITROL .....	37
VIZIMPRO .....	19
voriconazole.....	10
VOSEVI TAB .....	13
VOTRIENT .....	19
VRAYLAR .....	34
VRAYLAR CAP 1.5-3MG	34
vyfemla .....	43
vylibra .....	43
VYVANSE .....	35
<b>W</b>	
warfarin sodium .....	49
water for irrigation, sterile irrigation soln.....	60
wera.....	43
<b>X</b>	
XALKORI .....	19
XARELTO .....	49
XARELTO STAR TAB 15/20MG .....	49
XATMEP .....	50
XCOPRI .....	29
XCOPRI PAK 12.5-25....	29
XCOPRI PAK 150-200MG (MAINTENANCE).....	29
XCOPRI PAK 150-200MG (TITRATION).....	29
XCOPRI PAK 50-100MG	29
XCOPRI TAB 50-200MG	29
XELJANZ .....	50
XELJANZ XR .....	50
XGEVA .....	41
XIFAXAN .....	47
XIGDUO XR TAB 10-1000 .....	39
XIGDUO XR TAB 10- 500MG .....	39
XIGDUO XR TAB 2.5-1000 .....	39
XIGDUO XR TAB 5- 1000MG .....	39
XIGDUO XR TAB 5-500MG .....	39
XiIDRA.....	55
XOLAIR .....	57
XOSPATA.....	19
<b>XPOVIO 100 MG ONCE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XPOVIO 40 MG ONCE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XPOVIO 40 MG TWICE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XPOVIO 60 MG ONCE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XPOVIO 60 MG TWICE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XPOVIO 80 MG ONCE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XPOVIO 80 MG TWICE   WEEKLY .....</b>	19
<b>XTANDI .....</b>	16
<b>xulane.....</b>	43
<b>XULTOPHY INJ 100/3.6</b>	40
<b>XYREM.....</b>	37
<b>Y</b>	
<b>YF-VAX INJ .....</b>	52
<b>yuvafem .....</b>	43
<b>Z</b>	
<b>zafirlukast.....</b>	56
<b>zarah.....</b>	43
<b>ZARXIO .....</b>	49
<b>ZEJULA .....</b>	19
<b>ZELBORA F.....</b>	19
<b>ZEMAIRA.....</b>	57
<b>zenatane.....</b>	58
<b>ZENPEP CAP 10000UNT .....</b>	47
<b>ZENPEP CAP 15000UNT .....</b>	47
<b>ZENPEP CAP 20000UNT .....</b>	47
<b>ZENPEP CAP 25000 .....</b>	47
<b>ZENPEP CAP 3000UNIT</b>	47
<b>ZENPEP CAP 40000 .....</b>	47
<b>ZENPEP CAP 5000UNIT</b>	47
<b>ZERVIA TE .....</b>	54
<b>zidovudine .....</b>	11
<b>ziprasidone hcl .....</b>	34
<b>ziprasidone mesylate .....</b>	34
<b>ZIRABEV .....</b>	19
<b>ZIRGAN .....</b>	54
<b>zoledronic acid.....</b>	41
<b>ZOLINZA.....</b>	19
<b>zolmitriptan .....</b>	36
<b>zolpidem tartrate .....</b>	35

<i>zonisamide</i> .....	29	<i>zumandimine</i> .....	43	ZYLET SUS 0.5-0.3%.....	53
ZORTRESS .....	51	ZYCLARA PUMP.....	60	ZYPITAMAG .....	23
ZOSTAVAX .....	52	ZYDELIG .....	19	ZYPREXA RELPREVV ..	34
<i>zovia 1/35e</i> .....	43	ZYKADIA .....	19	ZYTIGA.....	16

Este formulario resumido se actualizó el 04/01/2021. 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](http://www.avmed.org)