



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **2021 Formulário: Lista de Medicamentos Abrangidos**

POR FAVOR LEIA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM INFORMAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE ABRANGEMOS NESTE PLANO. Em caso de dúvidas ou questões, por favor, telefone para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Identificação de Submissão de Arquivo do Formulário Aprovado do HPMS: H9576. Não fazemos alterações neste formulário desde 10/2021.

Neighborhood INTEGRITY | 2021 *Lista de Medicamentos Cobertos* (Formulário)

Introdução

Este documento tem o nome de *Lista de Medicamentos Cobertos* (também conhecido como Lista de Medicamentos). Indica quais os medicamentos prescritos e vendidos sem receita médica são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. A Lista de Medicamentos também informa se existem regras ou restrições especiais sobre os medicamentos abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY. Os termos chave e as suas definições aparecem no último capítulo do *Manual do Membro*.

Índice

A. Isenção de Responsabilidade	4
B. Perguntas Frequentes (FAQ)	5
B1. Que medicamentos prescritos estão na <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> ? (À <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> damos o nome de “Lista de Medicamentos” para abreviar.)	5
B2. Em algum momento, a Lista de Medicamentos é alterada?	6
B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?	7
B4. Existem restrições ou limites na cobertura de medicamentos ou ações necessárias para obter determinados medicamentos?	8
B5. Como saberá se o medicamento que você deseja tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?	9
B6. O que acontece se alterarmos as nossas regras sobre alguns medicamentos (por exemplo, autorização prévia (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições à terapia por etapas)?	9
B7. Como pode encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?	9
B8. E se o medicamento que você deseja toma não estiver na Lista de Medicamentos?	10

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



B9. E se for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o seu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver algum problema para obtê-lo?	10
B10. Você pode pedir uma exceção para cobrir o seu medicamento?	11
B11. Como é que pode pedir uma exceção?	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	12
B13. O que são medicamentos genéricos?	12
B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?	12
B15. Qual é o seu copagamento?	12
B16. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da Lista de Medicamentos Cobertos.....	13
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	14
D. Índice de Medicamentos Cobertos	132

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



A. Isenção de Responsabilidade

Esta é uma lista de medicamentos que os Membros podem obter no Neighborhood INTEGRITY.

- ❖ O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island é um plano de saúde que tem acordo com o Medicare e com o Medicaid de Rhode Island para fornecer benefícios de ambos aos programas aos inscritos.
- ❖ Os benefícios, bem como a Lista de Medicamentos Cobertos e/ou redes de farmácias e provedores, podem sofrer alterações ao longo do ano. Enviaremos um aviso antes de fazer uma alteração que o afete
- ❖ Limitações e restrições podem ser aplicadas. Para obter mais informações, ligue para os Serviços dos Membros do Neighborhood INTEGRITY ou leia o Manual do Membro do Neighborhood INTEGRITY.
- ❖ A qualquer momento, você pode verificar a *Lista de Medicamentos Cobertos* atualizada do Neighborhood INTEGRITY através da página www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call Member Services at 1-844-812-6896, 8 am to 8 pm, Monday - Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. Your call will be returned within the next business day. TTY users should call 711. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- ❖ ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 TTY (711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A chamada é gratuita.
- ❖ សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações,** visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅក្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។
ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

- ❖ Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como letras grandes, braille ou áudio. Por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. Os utilizadores TTY devem ligar 711. A chamada é gratuita.
- ❖ Pode pedir para ter este documento e os materiais futuros no seu idioma preferido e/ou formato alternativo ao ligar para os Serviços dos Membros. Isto é chamado de “pedido permanente”. Os Serviços dos Membros documentarão o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Pode alterar ou excluir o seu pedido permanente a qualquer momento ao ligar para os Serviços dos Membros.

B. Perguntas Frequentes (FAQ)

Encontre aqui as respostas para as perguntas que tem sobre a *Lista de Medicamentos Cobertos*. Pode ler todas as FAQ para saber mais ou procurar uma pergunta e resposta.

B1. Que medicamentos prescritos estão na *Lista de Medicamentos Cobertos*? (À *Lista de Medicamentos Cobertos* damos o nome de “Lista de Medicamentos” para abreviar.)

Os medicamentos na *Lista de Medicamentos Cobertos* que começa na página 15 medicamentos abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY. Estes medicamentos estão disponíveis em farmácias da nossa rede. Uma farmácia está na nossa rede se tivermos um acordo com eles para trabalhar connosco e fornecer a si os seus serviços. Nós nos referimos a essas farmácias como “farmácias da rede”.

- O Neighborhood INTEGRITY irá cobrir todos os medicamentos necessários na Lista de Medicamentos se:
 - o seu médico ou outro provedor prescrever que você precisa desses medicamentos para melhorar ou permanecer saudável, e
 - você faz a recarga da receita (aviar a receita) numa farmácia da rede Neighborhood INTEGRITY.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para acessar a certos medicamentos (consulte a questão B4, mais abaixo).

Também pode ver uma lista atualizada de medicamentos cobertos por nós através da nossa página www.nhpri.org/INTEGRITY ou telefonar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896.

B2. Em algum momento, a Lista de Medicamentos é alterada?

Sim, e o Neighborhood INTEGRITY deve seguir as regras do Medicare e do Medicaid ao fazer alterações. Podemos adicionar ou remover medicamentos na Lista de Medicamentos, ao longo do ano.

Também podemos mudar as nossas regras sobre medicamentos. Por exemplo, poderíamos:

- Decidir exigir ou não a aprovação prévia de um medicamento. (A aprovação prévia é uma permissão do Neighborhood INTEGRITY antes que possa obter um medicamento.)
- Adicionar ou alterar a quantidade de medicamento que você pode obter (chamados de limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas num medicamento. (Terapia por etapas significa que você deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).

Para mais informações sobre estas regras sobre medicamentos, consulte a pergunta B4.

Se estiver a tomar um medicamento coberto no **início** do ano, geralmente, não removeremos ou alteraremos a cobertura desse medicamento **durante o resto do ano**, a menos que:

- um medicamento novo e mais barato chegue ao mercado que funciona tão bem quanto um medicamento na Lista de Medicamentos agora, **ou**
- descobrimos que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento foi removido do mercado.

As perguntas B3 e B6, indicadas abaixo, têm mais informações sobre o que acontece quando a Lista de Medicamentos é alterada.

- A qualquer momento, pode verificar a Lista de Medicamentos atualizada do Neighborhood INTEGRITY através da página www.nhpri.org/INTEGRITY.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Também pode ligar para os Serviços dos Membros para verificar a Lista de Medicamentos atualizada através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?

Algumas alterações na Lista de Medicamentos ocorrerão **imediatamente**. Por exemplo:

- **Um novo medicamento genérico torna-se disponível.** Às vezes, chega ao mercado, um novo medicamento genérico que funciona tão bem quanto um medicamento de marca da Lista de Medicamentos, agora. Quando isso acontecer, podemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionarmos o novo medicamento genérico, também podemos decidir manter o medicamento de marca na lista, mas alterar as suas regras ou limites de cobertura.
 - Podemos não dizer-lhe antes de fazer essa alteração mas, quando ela ocorrer, enviaremos informações sobre a alteração específica que fizemos.
 - Você ou o seu provedor pode solicitar uma exceção a essas alterações. Enviaremos um aviso com as etapas que você pode executar para solicitar uma exceção. Por favor, consulte a pergunta B10 para obter mais informações sobre exceções.
- **Um medicamento é retirado do mercado.** Se a Agência federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) afirmar que um medicamento que você está a tomar não é seguro ou que o fabricante do medicamento retira um medicamento do mercado, iremos retirá-lo da Lista de Medicamentos. Se estiver a tomar o medicamento, iremos informá-lo. Enviaremos uma carta e a carta irá fornecer conselhos sobre como fazer o acompanhamento com o seu provedor e farmacêutico.

Podemos fazer outras alterações que afetam os medicamentos que toma. Antecipadamente, iremos informá-lo sobre estas outras alterações na Lista de Medicamentos. Estas alterações podem ocorrer, se:

- A FDA fornecer novas orientações ou houver novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.
- Adicionámos um novo medicamento genérico no mercado e
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente na Lista de Medicamentos **ou**

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Alteramos as regras ou limites de cobertura do medicamento de marca

Quando estas alterações acontecerem, iremos:

- Informá-lo, pelo menos, 30 dias antes de fazermos a alteração na Lista de Medicamentos **ou**
- Informá-lo e fornecer um suplemento de 30 dias do medicamento depois de solicitar um reenchimento.

Isto irá dar-lhe tempo para conversar com o seu médico ou outro provedor. Ele ou ela podem ajudá-lo a decidir:

- Se houver um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos, pode substituir o seu atual medicamento **ou**
- Se deve solicitar uma exceção a estas mudanças. Para saber mais sobre exceções, consulte a pergunta B10.

B4. Existem restrições ou limites na cobertura de medicamentos ou ações necessárias para obter determinados medicamentos?

Sim, alguns medicamentos têm regras de cobertura ou limites para o valor que você pode obter. Em alguns casos, você ou o seu médico ou outro prescritor deve fazer algo antes de poder obter o medicamento. Por exemplo:

- **Aprovação prévia (ou autorização prévia):** Para alguns medicamentos, você ou o seu médico ou outro prescritor deve obter a aprovação do Neighborhood INTEGRITY antes de aviar a sua prescrição. O Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento se você não obtiver aprovação.
- **Limites de quantidade:** Às vezes, o Neighborhood INTEGRITY limita a quantidade de medicamento que pode obter.
- **Terapia por etapas:** Às vezes, o Neighborhood INTEGRITY exige que faça a terapia por etapas. Isto significa que terá que experimentar medicamentos numa determinada ordem para a sua condição médica. Pode precisar experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento. Se o seu médico achar que o primeiro medicamento não funciona para si, cobriremos o segundo.

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas 15-131. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Também nos pode pedir para enviar uma cópia.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



Pode solicitar uma exceção destes limites. Isto irá dar-lhe tempo para conversar com o seu médico ou outro prescritor. Ele ou ela pode ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que possa tomar ou se deve solicitar uma exceção. Por favor, consulte as perguntas B10-B12 para obter mais informações sobre exceções.

B5. Como saberá se o medicamento que você deseja tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?

A *Lista de Medicamentos Cobertos* na página 15 possui uma coluna denominada “Ações necessárias, restrições ou limites de uso”.

B6. O que acontece se alterarmos as nossas regras sobre alguns medicamentos (por exemplo, autorização prévia (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições à terapia por etapas)?

Em alguns casos, informaremos com antecedência se adicionarmos ou alterarmos a aprovação prévia, limites de quantidade e/ou restrições de terapia de etapa num medicamento. Consulte a pergunta B3 para obter mais informações sobre este aviso prévio e situações em que talvez possamos não informar antecipadamente quando as nossas regras sobre medicamentos na Lista de Medicamentos alteram.

B7. Como pode encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

- Você pode pesquisar por ordem alfabética (se souber soletrar o nome do medicamento), **ou**
- Você pode pesquisar por condição médica.

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a seção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página 132.

Para pesquisar **por condição médica**, localize a seção “Lista de medicamentos por condição médica” na página 15. Os medicamentos nesta seção são agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas para as quais são usados. Por exemplo, se tem um problema cardíaco, deve procurar a categoria Cardiovasculares. É aqui que encontrará medicamentos que tratam problemas cardíacos.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



B8. E se o medicamento que você deseja toma não estiver na Lista de Medicamentos?

Se você não encontrar o seu medicamento na Lista de Medicamentos, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711) e pergunte sobre esse medicamento. Se descobrir que o Neighborhood INTEGRITY não cobrirá o medicamento, pode fazer uma destas situações:

- Peça aos Serviços dos Membros uma lista de medicamentos como o que deseja tomar. Em seguida, mostre a lista ao seu médico ou outro prescritor. Ele ou ela pode prescrever um medicamento da Lista de Medicamentos semelhante ao que deseja tomar. **Ou**
- Pode solicitar ao plano de saúde que faça uma exceção para cobrir o seu medicamento. Consulte as perguntas B10-B12 para obter mais informações sobre exceções.

B9. E se for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o seu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver algum problema para obtê-lo?

Nós podemos ajudar. Podemos cobrir um fornecimento temporário de 30 dias do seu medicamento Parte D ou um fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto com o Rhode Island Medicaid durante os primeiros 90 dias em que você é um membro do Neighborhood INTEGRITY. Isto irá dar-lhe tempo para conversar com o seu médico ou outro prescritor. Ele ou ela pode ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que você possa tomar em vez do atual ou se deve solicitar uma exceção.

Se a sua prescrição for escrita por menos dias, permitiremos várias recargas para fornecer até um máximo de 30 dias de um medicamento.

Iremos cobrir um fornecimento de 30 dias do seu medicamento Parte D ou fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto com o Rhode Island Medicaid se:

- está a tomar um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos, **ou**
- as regras do plano de saúde não permitem obter o valor solicitado pelo seu médico, **ou**
- o medicamento requer aprovação prévia do Neighborhood INTEGRITY, **ou**

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



- está a tomar um medicamento que faz parte de uma restrição da terapia por etapas.

Se você estiver num lar de idosos ou noutro centro de assistência a longo prazo e precisar de um medicamento que não consta da Lista de Medicamentos ou se não conseguir obter facilmente o medicamento que precisa, podemos ajudar. Se está no plano há mais de 90 dias, mora numa instituição de permanência longa e precisa de um suprimento imediatamente:

- Cobriremos um suprimento de *31 dias* do medicamento necessário (a menos que você tenha receita médica para menos dias), independentemente de ser ou não um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY.
- Isto é uma adição ao fornecimento temporário durante os primeiros 90 dias que você é um Membro do Neighborhood INTEGRITY.

Se o seu nível de cuidados mudar e precisar de um suprimento imediatamente:

- Nós iremos cobrir um suprimento de 31 dias do medicamento você precisa, se mora numa instituição de permanência de longa duração, ou
- Nós iremos cobrir um suprimento de 30 dias do medicamento que você precise, se **não** morar numa instituição de permanência de longa duração.

B10. Você pode pedir uma exceção para cobrir o seu medicamento?

Sim. Você pode solicitar ao Neighborhood INTEGRITY que faça uma exceção para cobrir um medicamento que não consta da Lista de Medicamentos.

Você também nos pode pedir para alterar as regras do seu medicamento.

- Por exemplo, o Neighborhood INTEGRITY pode limitar a quantidade de medicamento que cobriremos. Se o seu medicamento tiver um limite, pode solicitar que alteremos o limite e cubram mais.
- Outros exemplos: Pode solicitar que eliminemos as restrições da terapia por etapas ou requisitos de aprovação prévia.

B11. Como é que pode pedir uma exceção?

Para solicitar uma exceção, ligue para os Serviços dos Membros. Os Serviços dos Membros irão trabalhar consigo e com o seu provedor para ajudá-lo a solicitar uma exceção. Também pode ler o Capítulo 9 do *Manual do Membro* para saber mais sobre exceções.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

Primeiro, precisamos obter uma declaração do seu médico a apoiar a sua solicitação de exceção. Depois de recebermos a declaração, tomaremos uma decisão sobre a sua solicitação de exceção dentro de 72 horas.

Se você ou o seu prescritor pensam que a sua saúde pode ser prejudicada se precisar de esperar 72 horas por uma decisão, poderá solicitar uma exceção urgente. Esta é uma decisão mais rápida. Se o seu apoiar a sua solicitação, tomaremos uma decisão dentro de 24 horas após a obtenção da declaração de apoio do médico.

B13. O que são medicamentos genéricos?

Os medicamentos genéricos são compostos dos mesmos princípios ativos que os medicamentos de marca. Geralmente, custam menos que o medicamento de marca e geralmente não têm nomes conhecidos. Os medicamentos genéricos são aprovados pela FDA (Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar).

O Neighborhood INTEGRITY cobre ambos os medicamentos, de marca e genéricos.

B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?

OTC significa “medicamento de venda livre” (over-the-counter). O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns OTC, quando escritos como prescrição pelo seu médico.

Você pode ler a Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY para verificar quais são os OTC que são cobertos.

B15. Qual é o seu copagamento?

Como membro do Neighborhood INTEGRITY, você não tem copagamento para prescrição e medicamentos sem receita, desde que siga as regras do Neighborhood INTEGRITY.

B16. O que são níveis de medicamentos?

Os níveis são grupos de medicamentos na nossa Lista de Medicamentos.

- Os medicamentos de nível 1 são medicamentos genéricos.
- Os medicamentos de nível 2 são medicamentos de marca.
- Os medicamentos de nível 3 são medicamentos de venda livre.

Todos os níveis não têm copagamento.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



C. Visão geral da Lista de Medicamentos Cobertos

A *Lista de Medicamentos Cobertos* fornece informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver problemas para encontrar o seu medicamento na lista, vá até ao Índice de Medicamentos Cobertos, que começa na página 132. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

Nota: O **DP** ao lado de um medicamento significa que o medicamento não é um “medicamento da Parte D”. O valor que você paga quando preenche uma receita para esse medicamento não conta para os custos totais do medicamento (ou seja, o valor que você paga não o ajuda a qualificar-se para uma cobertura catastrófica).

- Além disso, se estiver a receber Ajuda Extra para pagar as suas prescrições, não receberá qualquer Ajuda Extra para pagar estes medicamentos. Para obter mais informações sobre Ajuda Extra, por favor, consulte a caixa de texto abaixo.

Ajuda Extra (Extra Help) é um programa do Medicare que ajuda pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos prescritos no Medicare Parte D, como prémios, franquias e copagamentos. Ajuda Extra também é conhecido como “Subsídio de Baixo Rendimento” ou “LIS”.

- Estes medicamentos também possuem regras diferentes para se pedirem recursos. Um recurso é uma maneira formal de solicitar que analisemos uma decisão de cobertura e a alteremos se achar que cometemos um engano. Por exemplo, podemos decidir que um medicamento que deseja não está coberto ou não está mais coberto pelo Medicare ou pelo Rhode Island Medicaid.
- Se você ou o seu médico discordarem da nossa decisão, pode recorrer. Para solicitar instruções sobre como recorrer, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, TTY 711. Também pode ler o Capítulo 9 do *Manual do Membro* para perceber como recorrer de uma decisão.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

Os medicamentos nesta seção são agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas para as quais são usados. Por exemplo, se tem um problema cardíaco, deve procurar na categoria Cardiovascular. É nesta seção que encontrará medicamentos que tratam problemas de coração.

Aqui estão os significados dos códigos usados na coluna “Ações necessárias, restrições ou limites de uso”:

B/D = Este medicamento tem um requisito de autorização administrativa prévia da Parte B contra Parte D. Este medicamento pode ser coberto pelo Medicare Parte B ou Parte D, dependendo das circunstâncias. Pode ser necessário enviar informações descrevendo o uso e a configuração do medicamento para fazer a determinação.

DP = O medicamento não é um medicamento da Parte D.

QL = Limite de Quantidade. Para determinados medicamentos, o Neighborhood INTEGRITY limita a quantidade de medicamento que o Neighborhood INTEGRITY irá cobrir.

ST = Terapia por etapas (Step Therapy). Em alguns casos, o Neighborhood INTEGRITY exige que experimente primeiro certos medicamentos para tratar a sua condição médica antes de cobrirmos outro medicamento para a sua condição. Por exemplo, se ambos os medicamentos A e B tratam a sua condição médica, o Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o Medicamento B, a menos que tente o Medicamento A primeiro. Se o Medicamento A não funcionar para si, então, o Neighborhood INTEGRITY cobrirá o Medicamento B.

PA = Autorização prévia. O Neighborhood INTEGRITY exige que você ou o seu médico obtenha autorização prévia para certos medicamentos. Isto significa que irá precisar obter a aprovação do Neighborhood INTEGRITY antes de preencher as suas prescrições. Se não obtiver aprovação, o Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento.

NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado. Este medicamento não está disponível para um fornecimento de mais de 30 dias.

LA = Acesso Limitado. Este medicamento está disponível apenas em algumas farmácias especializadas.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY.



Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

Data Efetiva: 11/1/2021

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 500 mg/2.5ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0, Nível 1	B/D
Agentes Alvo Moleculares		
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 3 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 30 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
AVASTIN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG, 4 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG, 400 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG - UT/13.4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Agentes Antineoplásicos Hormonais		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nível 2	
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flutamide oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fulvestrant intramuscular solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0, Nível 1	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0, Nível 2	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 3.75 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Agentes De Proteção		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
Antimetabólitos		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0, Nível 2	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nível 2	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
Imunomoduladores		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
Inibidores Mitóticos		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8.16 per 28 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
Imunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Imunossupressores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
Vacinas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
<i>bcg vaccine injection injectable</i>	\$0, Nível 2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nível 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0, Nível 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0, Nível 2	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0, Nível 2	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0, Nível 2	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0, Nível 2	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0, Nível 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0, Nível 2	B/D
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0, Nível 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nível 2	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0, Nível 2	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0, Nível 2	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0, Nível 2	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 999 days)
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen junior st tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 1	
<i>ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
MEDI-PROFEN SUSPENSION 40 MG/ML ORAL 40 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sb infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm ibuprofen jr tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
Analgésico De Opioides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (400 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 400 mcg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (600 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (4 per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (450 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen suppository 120 mg rectal 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen suppository 650 mg rectal 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin ec low dose tablet delayed release 81 mg oral 81 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin suppository 600 mg rectal 600 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>betatemp childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens tactinal tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
ECPIRIN TABLET DELAYED RELEASE 325 MG ORAL 325 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ed-apap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL ADULTS SUPPOSITORY 650 MG RECTAL 650 MG	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL CHILDRENS SUPPOSITORY 120 MG RECTAL 120 MG	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL INFANTS SUPPOSITORY 80 MG RECTAL 80 MG	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPPOSITORY 325 MG RECTAL 325 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain & fever child suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain relief extra st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap capsule 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>non-aspirin pain relief tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain reliever extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL 325 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb pain reliever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tri-buffered tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tactinal extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tactinal tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
APTIVUS ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0, Nível 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nível 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0, Nível 2	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nível 2	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, Nível 2	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (400 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0, Nível 2	QL (480 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nível 2	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0, Nível 2	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0, Nível 2	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	\$0, Nível 2	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0, Nível 2	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (630 per 30 days); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0, Nível 1	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (93 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 365 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
Anti-Infeciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	QL (12 per 365 days); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	QL (1800 per 30 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (6 per 30 days); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reeses pinworm medicine tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (80 per 180 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (160 per 180 days)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0, Nível 2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (168 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (84 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0, Nível 2	QL (120 per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG, 2 X 20 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0, Nível 2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0, Nível 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM	\$0, Nível 1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 1	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0, Nível 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nível 1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0, Nível 1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0, Nível 1	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
MONDOXYNE NL ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0, Nível 2	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 1	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0, Nível 1	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0, Nível 2	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 67 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-CoA Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0, Nível 1	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina li		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0, Nível 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0, Nível 2	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 62.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	\$0, Nível 1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0, Nível 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	\$0, Nível 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0, Nível 1	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>acacia powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acesulfame potassium powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetic acid glacial solution 99 % (otc) 99 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetic acid solution 3 % 3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetyl-l-carnitine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>almond oil (sweet) oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>aloe vera powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alum ammonium powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbyl palmitate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>banana concentrate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzyl alcohol liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>betaine anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bioflavonoid citrus powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin-d powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismuth subcarbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>boric acid topical powder</i>	\$0, Nível 3	DP
BUFFER CREAM POWDER	\$0, Nível 3	DP
<i>butylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium citrate tetrahydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium hydroxide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium saccharate powder</i>	\$0, Nível 3	DP
CARBOGEL 940 GEL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
CARBOHOL 940 GEL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>carbomer homopolymer type c powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetyl alcohol flakes (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry concentrate concentrate oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry concentrate syrup oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry syrup oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chloroform solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chocolate concentrate concentrate</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cholesterol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chrysin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citric acid anhydrous granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citric acid anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clove oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coal tar solution 20 % (otc) 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cocoa butter (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coconut oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>collodion flexible liquid external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>collodion liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>corn starch powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cottonseed oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>creatine monohydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>croton oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>distilled water liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethoxy ethoxy ethanol reagent liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl alcohol solution 100 % (otc) 100 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl alcohol solution 95 % (otc) 95 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl alcohol solution 95 % external 95 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl oleate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
FATTYBLEND	\$0, Nível 3	DP
<i>fd&c red #40 aluminum lake powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fd&c yellow #5 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc blue 1 aluminum lake powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc blue 1 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc blue 2 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc green #3 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc red #3 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc red 40 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc yellow 5 aluminum lake powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc yellow 6 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferric subsulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferric subsulfate solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
FLAVORX LIQUID	\$0, Nível 3	DP
<i>fullers earth powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glucosamine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glucosamine sulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycolic acid crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape seed oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape syrup syrup oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>green tea extract liquid 90 % 90 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hrt base cream (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrochloric acid liquid 37 % (otc) 37 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrophilic ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrous emulsified base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>indole-3-carbinol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>inositol hexanicotinate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>isopropyl palmitate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
JELENE OINTMENT	\$0, Nível 3	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>karaya gum gum (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>kojic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactic acid solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose hydrous powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose monohydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-citrulline powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lemon bioflavonoid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lip balm base natural ointment</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lip balm base ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
LIPOBASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>lipoic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
LIPOIL OIL	\$0, Nível 3	DP
<i>lipovan base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
LOLLIBASE POWDER	\$0, Nível 3	DP
<i>lozibase</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium citrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>malic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methyl sulfone crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylcellulose gel 2 % 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylcellulose gel 3 % 3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylcellulose powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>microderm base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
MICROSOME BASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>natural bitterness powder</i>	\$0, Nível 3	DP
NICE DISTILLED WATER LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORA-BLEND SF SUSPENSION ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-BLEND SUSPENSION ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-HESIVE BASE PASTE	\$0, Nível 3	DP
<i>orange concentrate liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-SWEET SF SYRUP ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-SWEET SYRUP ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>ornithine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oxalic acid crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
PCCA BASE 7542 CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PCCA MBK (FATTY ACID) BASE	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>peg 300 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg blend ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peruvian balsam liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
PFCB CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE COSMETIC CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE LIGHT CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE VAGINAL CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>phosphatidylserine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
PHYTOBASE CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PLO20 FLOWABLE GEL EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>pna-hrt base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
POLOX GEL 20 % 20 %	\$0, Nível 3	DP
POLOX GEL 30 % 30 %	\$0, Nível 3	DP
<i>poloxamer 407 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 1000 liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 1450 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 400 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 8000 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyoxyl 40 stearate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polysorbate 20 solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium bromide crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide pellet (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide solution 10 % 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide solution 20 % 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium nitrate granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium sorbate crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>propylene glycol liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>propylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyruvic acid liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>q-derm cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>raspberry flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>rdt base powder</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>red yeast rice extract powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>safflower oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
SALTSTABLE LO CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>shea butter (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>simple syrup syrup oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium benzoate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bromide granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium hydroxide pellet (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium metabisulfite granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium perborate crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium phosphate dibasic granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium phosphate monobasic powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium propionate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium sulfite powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sorbic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sorbitol solution 70 % (otc) 70 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>soybean oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stevia extract powder 90 % (otc) 90 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>strawberry flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPPOSIBLEND PELLET (OTC)	\$0, Nível 3	DP
SUSPENDIT GEL	\$0, Nível 3	DP
SYRSPEND SF ALKA SUSPENSION RECONSTITUTED ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>talco powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tangerine flavor powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tartaric acid granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
TROCHIBASE FLAKES	\$0, Nível 3	DP
TROCHIBASE S CLASSIC FLAKES	\$0, Nível 3	DP
<i>trochibase s flakes</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>turpentine liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tutti frutti concentrate concentrate</i>	\$0, Nível 3	DP
U-BASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>unibase cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
VANIBASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>veegum</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>versatile cream base cream external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
VERSIGEL CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin e succinate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>v-max cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>white petrolatum gel (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
WITEPSOL PELLET (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>xanthan gum powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>xylitol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	\$0, Nível 2	PA; QL (360 per 30 days); NDS
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (540 per 30 days)
Agentes Da Tireoide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0, Nível 1	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 2	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0, Nível 2	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0, Nível 1	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0, Nível 1	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0, Nível 2	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0, Nível 1	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0, Nível 2	NDS
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (300 per 30 days)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO- INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0, Nível 2	QL (3.4 per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG	\$0, Nível 2	QL (4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0, Nível 2	QL (1.2 per 30 days)

LEENDA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0, Nível 2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (3 per 28 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0, Nível 2	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0, Nível 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0, Nível 2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0, Nível 2	NDS
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 365 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0, Nível 2	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0, Nível 2	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
V-GO 20 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0, Nível 2	QL (15 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
BEKYREE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
CAZIAN ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nível 1	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	

LENDIA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0, Nível 1	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nível 2	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0, Nível 1	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
FAYOSIM ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nível 1	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nível 1	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0, Nível 1	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0, Nível 1	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MELODETTA 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0, Nível 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nível 1	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TULANA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0, Nível 1	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nível 1	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0, Nível 1	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0, Nível 3	DP
CHEMSTRIP UGK STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0, Nível 2	LA; NDS
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
DIASCREEN 10	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 1G STRIP	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 2GK STRIP	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIASCREEN 3	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 4OBL	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 5	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 6	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 7	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 8	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 9	\$0, Nível 3	DP
DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>nitrofurantoin oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nível 2	PA
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS

LEENDA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
STIMATE NASAL SOLUTION 1.5 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
Estrogênios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0, Nível 2	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0, Nível 2	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0, Nível 2	
LOPREEZA ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0, Nível 1	
Glucocorticóides		
<i>cortisone acetate oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0, Nível 1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0, Nível 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted 30 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0, Nível 1	
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
<i>famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL 400-400-40 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>aluminum hydroxide gel suspension 320 mg/5ml oral 320 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>antacid anti-gas max strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid fast relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid plus anti-gas fast act suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid plus anti-gas relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid plus anti-gas relief suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid/simethicone ds suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fast acting antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm advanced antacid max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL 200-200-20 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>milantex extra strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milantex suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL 200-200-25 MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
URO-MAG CAPSULE 140 MG ORAL 140 MG	\$0, Nível 3	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp k-pec suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loperamide hcl capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>medi-bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pectin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peptic relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm stomach relief tablet 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0, Nível 1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0, Nível 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
TRULANCE ORAL TABLET 3 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0, Nível 2	
Inibidores Da Bomba De Protões		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>docu liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docu soft capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
DOCUSIL CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>ducodyl tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL 20- 283 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>epsom salt powder</i>	\$0, Nível 3	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
GNP BISA-LAX TABLET DELAYED RELEASE 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal 1.2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative pills tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp senna-lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM, 236 GM	\$0, Nível 2	
<i>hm epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener capsule 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>medi-natural plus tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>medi-natural tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mineral oil heavy oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mineral oil light oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mineral oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>natural fiber therapy powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nível 2	
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL 50 MG/15ML	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0, Nível 1	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nível 2	
<i>qc docusate calcium capsule 240 mg oral 240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc natural vegetable laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc natural vegetable powder 95 % oral 95 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra epsom salt lavender granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra glycerin child suppository 80.7 % rectal 80.7 %</i>	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 28.3 % ORAL 28.3 %	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 48.57 % ORAL 48.57 %	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 58.6 % ORAL 58.6 %	\$0, Nível 3	DP
<i>sb docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb docusate sodium/senna tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb fib lax orange powder 33 % oral 33 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc) 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-tabs tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-time s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-time tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SENNO TABLET 8.6 MG ORAL 8.6 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sennosides-docusate sodium tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silace liquid 150 mg/15ml oral 150 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silace syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 48.57 % oral 48.57 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 58.6 % oral 58.6 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nível 2	
<i>womans laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infeciosos Vaginais		
<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole cream 1 % vaginal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 3 combo-supp kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole nitrate cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %	\$0, Nível 1	
Antispasmódicos		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (300 per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (60 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0, Nível 2	QL (51 per 30 days)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (24 per 30 days); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (20 per 30 days); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0, Nível 1	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Ferro		
EZFE 200 CAPSULE 434.8 (200 FE) MG ORAL 434.8 (200 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS 510 MG/17ML	\$0, Nível 3	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL 240 (27 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL TABLET 325 (65 FE) MG ORAL 325 (65 FE) MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ferretts ips solution 40 mg/15ml oral 40 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral 325 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FERREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
FERRIMIN 150 TABLET 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral 324 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral 324 (38 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate elixir 220 (44 fe) mg/5ml oral 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate solution 75 (15 fe) mg/ml oral 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate syrup 300 (60 fe) mg/5ml oral 300 (60 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral 324 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrousul tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL 105-500-0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL 65-65-25-30 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron tablet 200 (65 fe) mg oral 200 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral 142 (45 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral 47.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm iron tablet 200 (65 fe) mg oral 200 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL 62.5-62.5-40-3 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>iron 100 plus tablet 100-250-0.025-1 mg oral 100-250-0.025-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron 100/c tablet 100-250 mg oral 100-250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral 240 (27 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous 12.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM 50 CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL 125 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL 15 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
POLY-IRON 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
PROFE CAPSULE 391.3 (180 FE) MG ORAL 391.3 (180 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral 160 (50 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm slow release iron tablet extended release 143 (45 fe) mg oral 143 (45 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS 20 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral 15 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0, Nível 1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0, Nível 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	
LASTACRAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nível 2	
NAPHCN-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC 0.025-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	\$0, Nível 1	
PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %	\$0, Nível 2	
<i>ra eye allergy relief solution 0.027-0.315 % ophthalmic 0.027-0.315 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tgt eye allergy relief solution 0.027-0.315 % ophthalmic 0.027-0.315 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nível 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %	\$0, Nível 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0, Nível 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0, Nível 2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0, Nível 2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0, Nível 1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0, Nível 2	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)</i>	\$0, Nível 1	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0, Nível 1	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0, Nível 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0, Nível 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0, Nível 2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nível 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0, Nível 2	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	\$0, Nível 1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0, Nível 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0, Nível 2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0, Nível 1	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0, Nível 2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0, Nível 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nível 2	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0, Nível 1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (36 per 30 days)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (48 per 30 days)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0, Nível 1	B/D

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0, Nível 1	
Anti-Histamínicos		
<i>all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-chlor tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-ease tablet 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy-time tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0, Nível 1	
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc) 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl hives relief solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>complete allergy medicine capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABLET 1.34 MG ORAL 1.34 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhist capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc) 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc) 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc) 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp dayhist allergy tablet 1.34 mg oral 1.34 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
KLS ALLERCLEAR TABLET 10 MG ORAL 10 MG	\$0, Nível 3	DP
KLS ALLER-TEC TABLET 10 MG ORAL 10 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MEDI-PHEDRYL CAPSULE 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>pharbechlor tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pharbedryl capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pharbedryl capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc chlor-pheniramine tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sb loratadine allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy 4 hour tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Combinações Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (12 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.2 per 30 days)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AYR SALINE NASAL NETI RINSE PACKET 1.57 GM NASAL 1.57 GM	\$0, Nível 3	DP
AYR SALINE NASAL RINSE PACKET 1.57 GM NASAL 1.57 GM	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal 5.2 mg/act</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0, Nível 2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0, Nível 2	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50- 75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Esteróides Inalantes		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (21.2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)
Esteróides Nasais		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (16 per 30 days)
Moduladores De Leukotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
Tosse E Constipação		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ambi 10peh/400gfn tablet 10-400 mg oral 10-400 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ambi 10peh/400gfn/20dm tablet 10-400-20 mg oral 10-400-20 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ambi 40pse/400gfn tablet 40-400 mg oral 40-400 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 200 mg oral 200 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
BROMFED DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML ORAL 30-2-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens mucus relief expect liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silfedrine liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN DM LIQUID 100-10 MG/5ML ORAL 100-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN MAX ST LIQUID 10-200 MG/5ML ORAL 10-200 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp mucus relief childrens liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp suphedrin liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaiaatussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin solution 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin solution 200 mg/10ml oral 200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin solution 300 mg/15ml oral 300 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc) 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy complete-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult multi-symptom liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocod polst-cpm polst er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral 10-8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocodone-homatropine syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocodone-homatropine tablet 5-1.5 mg oral 5-1.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydromet syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
LORTUSS EX LIQUID 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>m-clear wc solution 100-6.3 mg/5ml oral 100-6.3 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>medi-tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus relief chest congestion liquid 400 mg/20ml oral 400 mg/20ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe max st tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL 200-8 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx) 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc) 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
REFENESSEN CHEST CONG/PAIN RLF TABLET 650-400 MG ORAL 650-400 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral 1-15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb cough control dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin das liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin dm das liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin sa syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cold & allergy childrens elixir 1-15 mg/5ml oral 1-15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cf liquid 30-10-100 mg/5ml oral 30-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST PE TABLET 10 MG ORAL 10 MG	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL 60 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>trymine cg liquid 225-7.5 mg/5ml oral 225-7.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL 10-8 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf cough & cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	

LENDA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50- 200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25- 125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0, Nível 2	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
Agentes De Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0, Nível 2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diazepam oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0, Nível 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0, Nível 2	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (600 per 30 days); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 1	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (720 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0, Nível 2	
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0, Nível 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1200 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG, 50 & 200 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antidemência		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0, Nível 2	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0, Nível 2	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0, Nível 2	PA
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0, Nível 2	QL (900 per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0, Nível 2	
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	QL (900 per 30 days); NDS
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0, Nível 2	QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nível 2	QL (1.6 per 28 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nível 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0, Nível 1	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0, Nível 2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0, Nível 2	PA
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0, Nível 1	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0, Nível 1	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0, Nível 1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	\$0, Nível 2	QL (0.75 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	\$0, Nível 2	QL (1.5 per 28 days); NDS

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0, Nível 2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (0.5 per 28 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML	\$0, Nível 2	QL (0.875 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML	\$0, Nível 2	QL (1.315 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	\$0, Nível 2	QL (1.75 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML	\$0, Nível 2	QL (2.625 per 90 days); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (3 per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 30 days); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0, Nível 2	PA
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nível 2	
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 30 days); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (14 per 28 days); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (540 per 30 days); NDS
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>benzphetamine hcl tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	PA
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nível 2	PA

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral 75 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diethylpropion hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc) 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc) 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc) 7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nível 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>phendimetrazine tartrate er capsule extended release 24 hour 105 mg oral 105 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral 35 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 37.5 mg oral 37.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl tablet 37.5 mg oral 37.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL 11.25-69 MG	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL 15-92 MG	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL 3.75-23 MG	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL 7.5-46 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
THRIVE GUM 2 MG MOUTH/THROAT 2 MG	\$0, Nível 3	DP
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0, Nível 2	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Déficit De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<i>aspartame powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q 10 capsule 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q 10 capsule 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 150 mg oral 150 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q10 capsule 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 75 mg oral 75 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co-enzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co-enzyme q-10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co-enzyme q-10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 liquid 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 tablet 200 mg oral 200 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule extended release 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dhea capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
DIABETISWEET POWDER ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>eq1 coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fructose granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gowey tincture external</i>	\$0, Nível 3	DP
H2Q CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm coq10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-arginine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-cystine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lecithin granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-glutamine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-glutathione crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-isoleucine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-isoleucine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-tyrosine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-tyrosine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-valine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 75 MG ORAL 75 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>saccharin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm coq-10 capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium saccharin granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium saccharin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>threonine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.2 meq/l-%, 20-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.9 meq/l-%, 30-5-0.45 meq/l-%, 40-5-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 20-5-0.225 meq/l-%, 40-5-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0, Nível 2	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0, Nível 2	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	\$0, Nível 1	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nível 2	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Oraís		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0, Nível 1	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>pnv folic acid + iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0, Nível 1	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nível 1	
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nível 2	
Eletrólitos		
<i>gnp pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Minerais		
BEELITH TABLET 362-20 MG ORAL 362-20 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ca phosphate dibasic dihyd powder</i>	\$0, Nível 3	DP
CALCET PETITES TABLET 200-250 MG-UNIT ORAL 200-250 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG ORAL 1250 (500 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 315-250 MG-UNIT ORAL 315-250 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 950 (200 CA) MG ORAL 950 (200 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/d tablet chewable 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600 tablet 600 mg oral 600 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600+d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600-d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral 1250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate extra light powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium gluconate anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium high potency/vitamin d tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium lactate tablet 648 mg oral 648 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium phosphate tribasic powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium tablet chewable 500-100 mg-unit oral 500-100 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 334-134-5 mg oral 334-134-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-vitamin d3 tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-vitamin d-minerals tablet chewable 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citrus calcium +d tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citrus calcium/vitamin d tablet 200-250 mg-unit oral 200-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 tablet 500-600 mg-unit oral 500-600 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 600 +d3/minerals tablet chewable 600-800 mg-unit oral 600-800 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 600/d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium citrate+d maximum tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium plus 600 +d tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp calcium/vitamin d/minerals tablet chewable 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
HIGH POTENCY CALCIUM TABLET 600 MG ORAL 600 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>magdelay tablet delayed release 70 mg oral 70 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL 250-300 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium carbonate heavy powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 (240 mg) mg oral 400 (240 mg) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 (241.3 mg) mg oral 400 (241.3 mg) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MAGONATE LIQUID 54 (MAG EQUIV) MG/5ML ORAL 54 (MAG EQUIV) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous 0.1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500 TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-200 MG-UNIT ORAL 500-200 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL 500-600 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster calcium + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium w/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oyster shell/vitamin d tablet 600-125 mg-unit oral 600-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phosphorus supplement packet 280-160-250 mg oral 280-160-250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>risacal-d tablet 105-81-120 mg-mg-unit oral 105-81-120 mg-mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium citrate w/vit d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium soft chews tablet chewable 500-100-40 oral 500-100-40</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium soft chews tablet chewable 500-200-40 mg-unt-mcg oral 500-200-40 mg-unt-mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SM CORAL CALCIUM TABLET 1000 (390 CA) MG ORAL 1000 (390 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sm magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium acetate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Nutrição Iv		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>chromic chloride solution 40 mcg/10ml intravenous 40 mcg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>clanimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>copper sulfate crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	\$0, Nível 2	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0, Nível 2	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0, Nível 2	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0, Nível 2	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES TABLET CHEWABLE WITH C & FA ORAL WITH C & FA	\$0, Nível 3	DP
<i>animal shapes/iron tablet chewable 18 mg oral 18 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antioxidant formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antioxidant vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUASOL A SOLUTION 15 MG/ML INTRAMUSCULAR 15 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin e solution 15 mg/0.67ml oral 15 mg/0.67ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbic acid tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
B-12 DOTS TABLET DISPERSIBLE 500 MCG ORAL 500 MCG	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/vitamin c (w/ ca) tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>biotin capsule 5000 mcg oral 5000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin tablet 300 mcg oral 300 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLUTION 10 MG/ML ORAL 10 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c 500/rose hips tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-500 tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
CALCIFEROL SOLUTION 200 MCG/ML ORAL 200 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium citrate + tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>centamin liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>centavite liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>century mature tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>century tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL 18 MG	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE SENIOR TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable vite childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable viteliron childrens tablet chewable 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>child chewable vitamins/iron tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral 18 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens chewable vitamins tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>classic prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
COMPETE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>complete senior tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>complete tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily-vite tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily-vite/iron/beta-carotene tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>dialyvite 800/ultra d tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX TABLET 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nível 3	DP
<i>e-400 capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ecee plus tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral 200 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ezfe forte capsule 155-1 mg oral 155-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid solution 5 mg/ml injection 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid tablet 1 mg oral (rx) 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid tablet 800 mcg oral 800 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>geriaton liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>geriatric vitamin liquid 100-1-10 oral 100-1-10</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp b-100 balanced tr tablet extended release oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp b-50 balanced tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century adults 50+ senior tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century cardio health tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century energy metabolism tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century mature tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century ultimate mens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century ultimate womens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens chewables/ex c tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp childrens chewables/iron tablet chewable 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cod liver oil capsule 1250-135 unit oral 1250-135 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes supervision capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp maximum one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp mega multi for men tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp mega multi for women tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp niacin tr tablet extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily maximum tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily mens 50+advanced tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily mens/llycopene tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily plus iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily womens 50+ tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily womens health tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp opti-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp therapeutic-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin a capsule 2400 mcg (8000 ut) oral 2400 mcg (8000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 180 mg (400 unit) oral 180 mg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral 90 mg (200 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp womens one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zoochews gummies tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>healthy eyes tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm niacin tablet extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral 90 mg (200 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ICAPS AREDS FORMULA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS MV TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
<i>i-vite protect tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>i-vite tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC SOLUTION RECONSTITUTED INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL 325 MCG (13000 UT)	\$0, Nível 3	DP
<i>mega multivitamin for men tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mega multivitamin for women tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multi vitamin mens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-delyn liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-delyn/iron liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multilex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins/womens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NAIL-EX TABLET 2.5 MG ORAL 2.5 MG	\$0, Nível 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL 500 MCG/0.1ML	\$0, Nível 3	DP
NEPHRONEX LIQUID 0.9 MG/5ML ORAL 0.9 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er tablet extended release 750 mg oral 750 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin flush free capsule 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
NUTR-E-SOL LIQUID 400 UNIT/15ML ORAL 400 UNIT/15ML	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE EXTRA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE-LUTEIN TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ONCOVITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily mens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>poly vitamin tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyvitamin/iron tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal low iron tablet 27-0.8 mg oral 27-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc) 27-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PROSIGHT TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc cod liver oil oil oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc therin-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb vitamin c tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sentry senior tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sentry tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-100 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm chewable c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete advanced formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete senior formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm opti-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula/zinc (b-compl) tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
STUART ONE CAPSULE 27-0.8-200 MG ORAL 27-0.8-200 MG	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA POWDER ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>super vikaps tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>superplex-t tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>tab-a-vitel/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
THERA M PLUS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>thera-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS-H TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS-M TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>total b/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>unicomplex-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vita-beel/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral 3 mg (10000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-1 tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral 1000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 250 mcg oral 250 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin b-6 tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet chewable 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 100 unit oral 100 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamins/minerals tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>womens one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>zoo friends complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends gummies tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends plus extra c tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0, Nível 1	
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT 2-0.5-0.1 %	\$0, Nível 3	DP
PAROEX MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nível 1	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nível 1	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT 0.63 %	\$0, Nível 3	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
Antifúngicos		
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external 1.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
FUNGOID-D CREAM 1 % EXTERNAL 1 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>jock itch spray aerosol powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc) 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>podactin powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolinaftate powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nível 1	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0, Nível 2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external (otc) 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc bacitracin ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb triple antibiotic ointment 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0, Nível 2	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tri-biozene ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic ointment 5-400-5000 external 5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>calcipotriene external cream 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Dermatologia, Antisseborréicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (454 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
LICIDE SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ra lice maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice treatment liquid 0.3-3 % external 0.3-3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice killing shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>boric acid granules external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external 8-8 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>camphor crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %</i>	\$0, Nível 3	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM 2 GM	\$0, Nível 3	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1000 per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (40 per 30 days)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (10 per 30 days)
<i>formaldehyde solution 37 % external (otc) 37 %</i>	\$0, Nível 3	DP
FREE & CLEAR SHAMPOO EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>glycolic acid solution 70 % (otc) 70 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin cream 0.1 % external 0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin liquid 0.15 % external 0.15 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
<i>jessners solution external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	
NEW SKIN AEROSOL EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP

LEND A

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)
PICATO EXTERNAL GEL 0.05 %	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
<i>px calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra calamine lotion 6.971-6.971 % external 6.971-6.971 %</i>	\$0, Nível 3	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
ROSDAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0, Nível 1	
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (100 per 30 days)
<i>tannic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL 0.1 %	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL 0.033 %	\$0, Nível 3	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetate otic oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	

LENDAS

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um medicamento da Parte D

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	90	allergy childrens.....	86	antacid fast relief.....	71
3 day vaginal.....	77	allergy d-12.....	90	antacid maximum strength.....	71
abacavir sulfate.....	33	allergy relief.....	86	antacid plus anti-gas fast act.....	71
abacavir sulfate-lamivudine.....	35	allergy relief childrens.....	86	antacid plus anti-gas relief.....	71
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	35	allergy relief d-24.....	90	antacid/simethicone ds.....	71
ABELCET.....	36	allergy-time.....	86	anti-diarrheal.....	72
ABILIFY MAINTENA.....	101	allopurinol.....	33	antifungal.....	125
abiraterone acetate.....	20	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	70	anti-fungal.....	125
ABRAXANE.....	22	almond oil (sweet).....	50	antifungal (tolnaftate).....	125
acacia.....	50	aloe vera.....	51	antioxidant formula.....	116
acamprosate calcium.....	106	alosetron hcl.....	73	antioxidant vitamins.....	116
acarbose.....	57	ALPHAGAN P.....	82	APOKYN.....	95
ACCUTANE.....	126	alprazolam.....	95	aprepitant.....	73
acebutolol hcl.....	46	ALREX.....	84	APRI.....	61
acesulfame potassium.....	50	ALTAVERA.....	61	APTIO.....	96
acetaminophen.....	30	alum ammonium.....	51	APTIVUS.....	33
acetaminophen childrens.....	30	aluminum hydroxide gel.....	70	AQUADEKS.....	116
acetaminophen er.....	30	ALUNBRIG.....	15	AQUASOL A.....	116
acetaminophen-codeine.....	29	alyacen 1/35.....	61	aqueous vitamin d.....	116
acetaminophen-codeine #3.....	29	alyacen 7/7/7.....	61	aqueous vitamin e.....	116
acetazolamide.....	48	AMABELZ.....	68	ARALAST NP.....	88
acetazolamide er.....	48	amantadine hcl.....	94	ARANELLE.....	61
acetic acid.....	50, 79, 131	ambi 10peh/400gfn.....	91	ARCALYST.....	24
acetic acid glacial.....	50	ambi 10peh/400gfn/20dm.....	91	aripiprazole.....	101
acetylcysteine.....	88	ambi 40pse/400gfn.....	91	ARISTADA.....	101, 102
acetyl-L-carnitine hcl.....	50	AMBISOME.....	36	ARISTADA INITIO.....	101
acitretin.....	128	ambrisentan.....	49	armodafinil.....	106
ACTHIB.....	26	AMETHIA.....	61	ARNUITY ELLIPTA.....	90
ACTIMMUNE.....	24	amikacin sulfate.....	37	arthritis pain relief.....	30
acyclovir.....	39	amiloride hcl.....	48	arthritis pain reliever.....	30
acyclovir sodium.....	39	amiloride-hydrochlorothiazide.....	48	ascorbic acid.....	116
ADACEL.....	26	AMINOSYN-PF.....	115	ascorbyl palmitate.....	51
adefovir dipivoxil.....	39	amiodarone hcl.....	44	asenapine maleate.....	102
ADEMPAS.....	49	amitriptyline hcl.....	100	ASHLYNA.....	61
ADRENALIN.....	49	amlodipine besy-benazepril hcl.....	48	aspartame.....	109
ADRIAMYCIN.....	21	amlodipine besylate.....	46	aspirin.....	30, 31
ADVAIR DISKUS.....	88	amlodipine besylate-valsartan.....	47	aspirin ec.....	30
ADVAIR HFA.....	88	amlodipine-olmesartan.....	47	aspirin ec low dose.....	30
AFINITOR.....	15	amlodipine-valsartan-hctz.....	47	aspirin-dipyridamole er.....	82
AFINITOR DISPERZ.....	15	ammonium lactate.....	130	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
AFIRMELLE.....	61	AMNESTEEM.....	126	SYR.....	59
AIMOVIG.....	105	amoxapine.....	100	atazanavir sulfate.....	33
ala-cort.....	128	amoxicillin.....	42	atenolol.....	46
albendazole.....	37	amoxicillin-pot clavulanate.....	42	atenolol-chlorthalidone.....	45
albuterol sulfate.....	85	amoxicillin-pot clavulanate er.....	42	atomoxetine hcl.....	108
albuterol sulfate hfa.....	85	amphetamine-dextroamphet er.....	108	atorvastatin calcium.....	45
alclometasone dipropionate.....	128	amphetamine-dextroamphetamine.....	108	atovaquone.....	37
ALDURAZYME.....	66	amphotericin b.....	36	atovaquone-proguanil hcl.....	39
ALECENSA.....	15	ampicillin.....	42	atropine sulfate.....	85
alendronate sodium.....	70	ampicillin sodium.....	42	ATROVENT HFA.....	85
alfuzosin hcl er.....	79	ampicillin-sulbactam sodium.....	42, 43	AUBRA EQ.....	61
ALIMTA.....	21	anagrelide hcl.....	80	AUROVELA 1/20.....	61
aliskiren fumarate.....	49	anastrozole.....	20	AUROVELA 24 FE.....	61
all day allergy.....	86	ANDRODERM.....	57	AUROVELA FE 1.5/30.....	61
all day allergy d.....	90	ANIMAL SHAPES.....	116	AUROVELA FE 1/20.....	61
all day allergy-d.....	90	animal shapes/iron.....	116	AURYXIA.....	56
aller-chlor.....	86	ANORO ELLIPTA.....	88	AUSTEDO.....	104
aller-ease.....	86	antacid.....	71	AVASTIN.....	15
allergy.....	86	antacid anti-gas max strength.....	71	AVIANE.....	61

AVITA.....	126	BEXSERO.....	26	c-1000/rose hips.....	117
AYR SALINE NASAL NETI RINSE.....	89	bicalutamide.....	20	c-500.....	117
AYR SALINE NASAL RINSE.....	89	BICILLIN L-A.....	43	ca phosphate dibasic dihyd.....	112
AYUNA.....	61	BIKTARVY.....	35	cabergoline.....	66
AYVAKIT.....	15	bioflavonoid citrus.....	51	CABOMETYX.....	15
azacitidine.....	21	biotin.....	116, 117	calamine.....	130
azathioprine.....	25	biotin-d.....	51	calamine phenolated.....	130
azelastine hcl.....	82, 86	bisacodyl.....	75	calamine-zinc oxide.....	130
azithromycin.....	41	bisacodyl ec.....	75	CALCET PETITES.....	112
AZOPT.....	83	bismatrol.....	72	CALCI-CHEW.....	112
aztreonam.....	37	bismuth.....	72	CALCIFEROL.....	117
AZURETTE.....	61	bismuth subcarbonate.....	51	calcipotriene.....	128
b complex.....	116	bisoprolol fumarate.....	46	calcitonin (salmon).....	70
b complex-c.....	116	bisoprolol-hydrochlorothiazide.....	46	CALCITRATE.....	112
B-12 DOTS.....	116	BIVIGAM.....	24	CALCITRENE.....	128
bacitracin.....	83, 127	BLEPHAMIDE S.O.P.....	83	calcitriol.....	57
bacitracin zinc.....	127	BLISOVI 24 FE.....	61	calcium.....	113
bacitracin-polymyxin b.....	84	BLISOVI FE 1.5/30.....	61	calcium 500/d.....	112
bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	83	BOOSTRIX.....	26	calcium 600.....	112
baclofen.....	95	boric acid.....	130	calcium 600+d.....	112
balsalazide disodium.....	74	boric acid topical.....	51	calcium 600-d.....	112
BALVERSA.....	15	bortezomib.....	15	calcium acetate (phos binder).....	56
BALZIVA.....	61	bosentan.....	49	calcium carb-cholecalciferol.....	112
banana concentrate.....	51	BOSULIF.....	15	calcium carbonate.....	113
BANOPHEN.....	86	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/FE.....	117	calcium carbonate antacid.....	113
BANZEL.....	96	BRAFTOVI.....	15	calcium carbonate extra light.....	113
BARACLUDE.....	39	BREO ELLIPTA.....	88	calcium citrate +.....	117
BASAGLAR KWIKPEN.....	59	BREZTRI AEROSPHERE.....	88	calcium citrate tetrahydrate.....	51
baza antifungal.....	125	briellyn.....	61	calcium gluconate anhydrous.....	113
bcg vaccine.....	26	BRILINTA.....	82	calcium high potency.....	113
b-complex/b-12.....	116	brimonidine tartrate.....	83	calcium high potency/vitamin d.....	113
b-complex/vitamin c (w/ ca).....	116	brinzolamide.....	83	calcium hydroxide.....	51
BEELITH.....	112	briviacet.....	96	calcium lactate.....	113
BEKYREE.....	61	BROMFED DM.....	91	calcium phosphate tribasic.....	113
BELSOMRA.....	105	bromfenac sodium (once-daily).....	84	calcium saccharate.....	51
benazepril hcl.....	50	bromocriptine mesylate.....	95	calcium-magnesium-zinc.....	113
benazepril-hydrochlorothiazide.....	48	BROMSITE.....	84	calcium-vitamin d3.....	113
BENDEKA.....	15	BRUKINSA.....	15	calcium-vitamin d-minerals.....	113
BENLYSTA.....	25	budesonide.....	74, 90	CALQUENCE.....	15
benzoin.....	125	budesonide er.....	74	CAMILA.....	61
benzonatate.....	91	BUFFER CREAM.....	51	camphor.....	130
benzoyl peroxide-erythromycin.....	126	bumetanide.....	48	CAMRESE.....	61
benzphetamine hcl.....	106	buprenorphine.....	30	CAMRESE LO.....	61
benztropine mesylate.....	95	buprenorphine hcl.....	106	candesartan cilexetil.....	44
bepotastine besilate.....	82	buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	106	candesartan cilexetil-hctz.....	47
BEPREVE.....	82	bupropion hcl.....	100	capcof.....	91
BERINERT.....	80	bupropion hcl er (smoking det).....	106	CAPLYTA.....	102
BESIVANCE.....	84	bupropion hcl er (sr).....	100	CAPRELSA.....	16
betaine anhydrous.....	51	bupropion hcl er (xl).....	100	capsaicin.....	130
betamethasone dipropionate.....	128	buspirone hcl.....	96	captopril.....	50
betamethasone dipropionate aug..	128	butorphanol tartrate.....	29	CARBAGLU.....	66
betamethasone valerate.....	128	butylparaben.....	51	carbamazepine.....	96
BETASERON.....	106	BYDUREON.....	57	carbamazepine er.....	96
betatemp childrens.....	31	BYDUREON BCISE.....	57	carbidopa-levodopa.....	95
betaxolol hcl.....	46, 83	BYETTA 10 MCG PEN.....	57	carbidopa-levodopa er.....	95
bethanechol chloride.....	79	BYETTA 5 MCG PEN.....	57	carbidopa-levodopa-entacapone.....	95
BETOPTIC-S.....	83	BYSTOLIC.....	46	CARBOGEL 940.....	51
BEVESPI AEROSPHERE.....	88	c 250.....	117	CARBOHOL 940.....	51
bexarotene.....	21	c 500/rose hips.....	117	carbomer homopolymer type c.....	51
				carboplatin.....	15

<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	51	<i>chewable vite childrens</i>	117	<i>clonidine hcl</i>	49
<i>carisoprodol</i>	95	<i>chewable viteliron childrens</i>	117	<i>clopidogrel bisulfate</i>	82
CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	125	<i>child chewable vitaminsliron</i>	117	<i>clorazepate dipotassium</i>	96
<i>carteolol hcl</i>	83	<i>childrens animal shapes</i>	117	CLORPACTIN.....	130
CARTIA XT.....	46	<i>childrens chewable vitamins</i>	117	<i>clotrimazole</i>	78, 125
<i>carvedilol</i>	46	<i>childrens ibuprofen</i>	27	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	125
<i>caspofungin acetate</i>	36	<i>childrens loratadine</i>	86	<i>clove oil</i>	51
<i>castellani paint modified</i>	125	<i>childrens mucus relief expect</i>	91	<i>clozapine</i>	102
CAYSTON.....	37	<i>childrens silapap</i>	31	<i>co q 10</i>	109
CAZIAN.....	61	<i>childrens silfedrine</i>	91	<i>co q10</i>	109
<i>cefaclor</i>	40	<i>childrens tactual</i>	31	<i>co q-10</i>	109
<i>cefaclor er</i>	40	<i>chlorhexidine gluconate</i>	125	<i>coal tar</i>	51
<i>cefadroxil</i>	40	<i>chloroform</i>	51	COARTEM.....	39
<i>cefazolin sodium</i>	40	<i>chloroquine phosphate</i>	39	<i>cocoa butter</i>	51
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	40	<i>chlorpromazine hcl</i>	102	<i>coconut oil</i>	51
<i>cefepime</i>	40	<i>chlorthalidone</i>	48	<i>cod liver oil</i>	117
<i>cefepime hcl</i>	40	<i>chocolate concentrate</i>	51	<i>coenzyme q10</i>	51, 109
<i>cefexime</i>	40	<i>cholesterol</i>	51	<i>coenzyme q-10</i>	109
<i>cefoxitin sodium</i>	40	<i>cholestyramine</i>	44, 45	<i>co-enzyme q10</i>	109
<i>cefpodoxime proxetil</i>	40	<i>cholestyramine light</i>	44	<i>co-enzyme q-10</i>	109
<i>cefprozil</i>	40, 41	<i>chromic chloride</i>	115	<i>colchicine</i>	33
<i>ceftazidime</i>	41	<i>chrysin</i>	51	<i>colchicine-probenecid</i>	33
<i>ceftazidime and dextrose</i>	41	<i>ciclopirox olamine</i>	125	<i>colesevelam hcl</i>	45
<i>ceftriaxone sodium</i>	41	<i>cilostazol</i>	80	<i>colestipol hcl</i>	45
<i>cefuroxime axetil</i>	41	CILOXAN.....	84	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	37
<i>cefuroxime sodium</i>	41	CIMDUO.....	35	<i>collodion</i>	51
<i>celecoxib</i>	27	<i>cinacalcet hcl</i>	66	<i>collodion flexible</i>	51
CELONTIN.....	96	CIPRO.....	42	COMBIGAN.....	83
<i>centamin</i>	117	<i>ciprofloxacin hcl</i>	42, 84	COMBIVENT RESPIMAT.....	88
<i>centavite</i>	117	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	42	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	16
<i>century</i>	117	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	131	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	16
<i>century mature</i>	117	<i>cisplatin</i>	15	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
<i>cephalexin</i>	41	<i>citalopram hydrobromide</i>	100	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	59
CERDELGA.....	66	<i>citric acid anhydrous</i>	51	COMPETE.....	117
CEREZYME.....	66	<i>citrus calcium +d</i>	113	COMPLERA.....	35
CEROVITE ADVANCED FORMULA.....	117	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	113	<i>complete</i>	117
CEROVITE JR.....	117	CLARAVIS.....	126	<i>complete allergy medicine</i>	86
CEROVITE SENIOR.....	117	<i>clarithromycin</i>	41	<i>complete senior</i>	117
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT.....	117	<i>clarithromycin er</i>	41	COMPRO.....	73
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	117	<i>classic prenatal</i>	117	<i>constulose</i>	75
<i>cetirizine hcl</i>	86	<i>clindamycin hcl</i>	37	COPIKTRA.....	16
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	86	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	37	<i>copper sulfate</i>	116
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	86	<i>clindamycin phosphate</i>	37, 78, 126	<i>coq10</i>	109
<i>cetirizine hcl hives relief</i>	86	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	37	<i>coq-10</i>	109
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	91	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	37	CORLANOR.....	49
<i>cetyl alcohol</i>	51	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	115	<i>corn starch</i>	51
<i>cevimeline hcl</i>	125	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	115	<i>cortisone acetate</i>	69
CHANTIX.....	106	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	115	COTELLIC.....	16
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	106	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	115	<i>cottonseed oil</i>	51
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	106	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	115	<i>cough dm</i>	91
<i>charcoal</i>	66	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	115	<i>creatine monohydrate</i>	51
CHATEAL.....	61	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	115	CREON.....	74
CHEMET.....	57	CLINISOL SF.....	116	CRIVIVAN.....	33
CHEMSTRIP UGK.....	66	CLINOLIPID.....	116	<i>cromolyn sodium</i>	74, 82, 89
<i>cherry</i>	51	<i>clobazam</i>	96	<i>croton oil</i>	52
<i>cherry concentrate</i>	51	<i>clobetasol propionate</i>	128	CRYSSELLE-28.....	61
		<i>clobetasol propionate e</i>	128	<i>cupric chloride</i>	116
		<i>clomipramine hcl</i>	100		
		<i>clonazepam</i>	96		
		<i>clonidine</i>	49		

<i>cvs cough dm</i>	91	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	110	<i>docu</i>	75
<i>cvs gauze sterile</i>	59	<i>dextrose in lactated ringers</i>	110	<i>docu soft</i>	75
<i>cyanocobalamin</i>	117	<i>dextrose-nacl</i>	110	<i>docusate sodium</i>	75
CYCLAFEM 1/35.....	61	<i>dextrose-sodium chloride</i>	110	DOCUSIL.....	75
CYCLAFEM 7/7/7.....	61	<i>dhea</i>	109	DOCUSOL MINI.....	75
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	95	DIABETIC TUSSIN.....	91	<i>dofetilide</i>	44
<i>cyclophosphamide</i>	15	DIABETIC TUSSIN DM.....	91	<i>donepezil hcl</i>	99
<i>cycloserine</i>	35	DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	91	DOPTelet.....	80
<i>cyclosporine</i>	25	DIABETISWEET.....	109	<i>dorzolamide hcl</i>	83
<i>cyclosporine modified</i>	25	DIACOMIT.....	96	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	83
<i>cyproheptadine hcl</i>	86	DIALYVITE 800.....	118	DOTTI.....	68
CYRED EQ.....	61	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	118	DOVATO.....	35
CYSTADANE.....	66	DIALYVITE 800/ZINC.....	118	<i>doxazosin mesylate</i>	45
CYSTADROPS.....	85	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	118	<i>doxepin hcl</i>	100, 105
CYSTAGON.....	66	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	118	<i>doxorubicin hcl</i>	21
CYSTARAN.....	85	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX.....	118	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21
<i>cytarabine</i>	21	DIASCREEN 10.....	66	DOXY 100.....	43
<i>d 1000</i>	117	DIASCREEN 1G.....	66	<i>doxycycline hyclate</i>	43
<i>d 400</i>	117	DIASCREEN 2GK.....	66	<i>doxycycline monohydrate</i>	43
<i>d 5000</i>	117	DIASCREEN 3.....	67	DRIZALMA SPRINKLE.....	100
<i>d3 high potency</i>	118	DIASCREEN 4OBL.....	67	<i>dronabinol</i>	73
<i>d3 super strength</i>	118	DIASCREEN 5.....	67	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	62
<i>daily vitamins</i>	118	DIASCREEN 6.....	67	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	62
<i>daily-vite</i>	118	DIASCREEN 7.....	67	DROXIA.....	80
<i>daily-viteliron/beta-carotene</i>	118	DIASCREEN 8.....	67	<i>droxidopa</i>	49
<i>dalfampridine er</i>	106	DIASCREEN 9.....	67	<i>ducodyl</i>	75
DALIRESP.....	89	DIASTIX.....	67	<i>duloxetine hcl</i>	100
<i>danazol</i>	68	<i>diazepam</i>	96	DUREZOL.....	84
<i>dantrolene sodium</i>	95	<i>diazoxide</i>	56	<i>dutasteride</i>	79
<i>dapsone</i>	37	<i>diclofenac potassium</i>	27	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	79
DAPTACEL.....	26	<i>diclofenac sodium</i>	27, 84, 130	E.E.S. 400.....	41
<i>daptomycin</i>	37	<i>diclofenac sodium er</i>	27	<i>e-400</i>	118
DASETTA 1/35.....	61	<i>dicloxacillin sodium</i>	43	<i>ecce plus</i>	118
DASETTA 7/7/7.....	61	<i>dicyclomine hcl</i>	73	<i>ec-naproxen</i>	27
DAURISMO.....	16	<i>diethylpropion hcl</i>	107	ECPIRIN.....	31
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR		<i>diethylpropion hcl er</i>	107	<i>ed chlorped jr</i>	87
RELIEF.....	86	DIFICID.....	41	<i>ed-apap</i>	31
DAYSEE.....	61	<i>diflunisal</i>	27	EDURANT.....	33
DEBLITANE.....	61	DIGITEK.....	49	<i>efavirenz</i>	33
<i>deferasirox</i>	57	DIGOX.....	49	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	35
<i>deferasirox granules</i>	57	<i>digoxin</i>	49	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	35
DELESTROGEN.....	68	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	105	ELDERTONIC.....	118
DELSTRIGO.....	35	DILANTIN.....	97	ELINEST.....	62
DESCOVY.....	35	DILANTIN INFATABS.....	97	ELIQUIS.....	79
<i>desipramine hcl</i>	100	<i>diltiazem hcl</i>	46	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	79
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	66	<i>diltiazem hcl er</i>	46	ELLA.....	62
<i>desmopressin acetate</i>	66	<i>diltiazem hcl er beads</i>	46	ELURYNG.....	62
<i>desmopressin acetate pf</i>	66	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	46	EMCYT.....	20
<i>desmopressin acetate spray</i>	66	<i>dilt-xr</i>	47	EMEND.....	73
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	61	<i>diphenhist</i>	86	EMOQUETTE.....	62
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	100	<i>diphenhydramine hcl</i>	86, 87	EMSAM.....	100
<i>dexamethasone</i>	69	<i>diphenoxylate-atropine</i>	74	<i>emtricitabine</i>	34
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	69	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	26	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	35
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	69	<i>dipyridamole</i>	82	EMTRIVA.....	34
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>disopyramide phosphate</i>	44	EMVERM.....	37
.....	69, 84	<i>distilled water</i>	52	<i>enalapril maleate</i>	50
DEXILANT.....	75	<i>disulfiram</i>	107	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	108	<i>divalproex sodium</i>	97	ENBREL.....	22, 23
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	91	<i>divalproex sodium er</i>	97	ENBREL MINI.....	22
<i>dextrose</i>	116	<i>docetaxel</i>	22	ENBREL SURECLICK.....	23

ENDARI.....	80	EVOTAZ.....	36	FIASP PENFILL.....	59
ENDOCET.....	29	EXEL COMFORT POINT PEN		<i>finasteride</i>	79
ENEMEEZ MINI.....	75	NEEDLE.....	59	FINTEPLA.....	97
ENEMEEZ PLUS.....	75	<i>exemestane</i>	20	FLAC.....	131
ENERGIX-B.....	26	<i>ezetimibe</i>	45	FLAREX.....	84
<i>enoxaparin sodium</i>	79	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	45	FLAVORX.....	52
ENPRESSE-28.....	62	EZFE 200.....	80	FLEBOGAMMA DIF.....	24
ENSKYCE.....	62	<i>ezfe forte</i>	118	<i>flecainide acetate</i>	44
ENSTILAR.....	128	FABRAZYME.....	67	FLOVENT DISKUS.....	90
<i>entacapone</i>	95	FALMINA.....	62	FLOVENT HFA.....	90
<i>entecavir</i>	39	<i>famciclovir</i>	39	<i>fluconazole</i>	36
ENTRESTO.....	47	<i>famotidine</i>	70	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	36
<i>enulose</i>	75	<i>famotidine premixed</i>	70	<i>flucytosine</i>	36
EPCLUSA.....	39	FANAPT.....	102	<i>fludrocortisone acetate</i>	69
EPIDIOLEX.....	97	FANAPT TITRATION PACK.....	102	<i>flunisolide</i>	90
<i>epinephrine</i>	89	FARXIGA.....	58	<i>fluocinolone acetonide</i>	129, 131
<i>epirubicin hcl</i>	21	FARYDAK.....	16	<i>fluocinolone acetonide body</i>	129
EPITOL.....	97	FASENRA.....	89	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	129
EPIVIR HBV.....	39	FASENRA PEN.....	89	<i>fluocinonide</i>	129
<i>eplerenone</i>	44	<i>fast acting antacid/anti-gas</i>	71	<i>fluocinonide emulsified base</i>	129
<i>epsom salt</i>	75	FATTYBLEND.....	52	<i>fluorometholone</i>	84
<i>eq cough dm</i>	91	FAYOSIM.....	62	<i>fluorouracil</i>	21, 130
<i>eq lice killing max st</i>	129	<i>fd&c red #40 aluminum lake</i>	52	<i>fluoxetine hcl</i>	100
<i>eq1 coq10</i>	109	<i>fd&c yellow #5</i>	52	<i>fluphenazine decanoate</i>	102
<i>ergocalciferol</i>	118	<i>fdc blue 1</i>	52	<i>fluphenazine hcl</i>	102
<i>ergotamine-caffeine</i>	105	<i>fdc blue 1 aluminum lake</i>	52	<i>flurbiprofen</i>	28
ERIVEDGE.....	16	<i>fdc blue 2</i>	52	<i>flurbiprofen sodium</i>	84
ERLEADA.....	20	<i>fdc green #3</i>	52	<i>flutamide</i>	20
<i>erlotinib hcl</i>	16	<i>fdc red #3</i>	52	<i>fluticasone propionate</i>	90, 129
ERRIN.....	62	<i>fdc red 40</i>	52	<i>fluvoxamine maleate</i>	96
<i>ertapenem sodium</i>	37	<i>fdc yellow 5 aluminum lake</i>	52	<i>folic acid</i>	118
<i>ery</i>	126	<i>fdc yellow 6</i>	52	FOLITAB 500.....	81
ERY-TAB.....	41	<i>felbamate</i>	97	<i>fondaparinux sodium</i>	79
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	41	<i>felodipine er</i>	47	<i>formaldehyde</i>	130
ERYTHROCIN STEARATE.....	42	FEMYNOR.....	62	FORTEO.....	70
<i>erythromycin</i>	84, 126	<i>fenofibrate</i>	45	<i>fosamprenavir calcium</i>	34
<i>erythromycin base</i>	42	<i>fenofibrate micronized</i>	45	<i>fosinopril sodium</i>	50
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	42	<i>fentanyl</i>	30	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	48
ESBRIET.....	89	<i>fentanyl citrate</i>	29	FOTIVDA.....	16
<i>escitalopram oxalate</i>	100	FERAHEME.....	80	FREAMINE HBC.....	116
<i>esomeprazole magnesium</i>	75	FERATE.....	80	FREAMINE III.....	116
ESTARYLLA.....	62	FEROSUL.....	80	FREE & CLEAR.....	130
ESTER-C.....	118	<i>ferretts</i>	81	<i>fructose</i>	109
<i>estradiol</i>	68	<i>ferretts ips</i>	81	<i>fullers earth</i>	52
<i>estradiol valerate</i>	68	FERREX 150.....	81	<i>fulvestrant</i>	20
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	68	<i>ferric subsulfate</i>	52	FUNGOID-D.....	125
<i>eszopiclone</i>	106	FERRIMIN 150.....	81	<i>furosemide</i>	48
<i>ethambutol hcl</i>	35	<i>ferrous fumarate</i>	81	FUSION.....	81
<i>ethosuximide</i>	97	<i>ferrous gluconate</i>	81	FUZEON.....	34
<i>ethoxy ethoxy ethanol reagent</i>	52	<i>ferrous sulfate</i>	81	FYAVOLV.....	68
<i>ethyl alcohol</i>	52	<i>ferrousul</i>	81	FYCOMPA.....	97
<i>ethyl oleate</i>	52	FETZIMA.....	100	<i>gabapentin</i>	97
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	62	FETZIMA TITRATION.....	100	<i>galantamine hydrobromide</i>	99
<i>etodolac</i>	28	FEVERALL ADULTS.....	31	<i>galantamine hydrobromide er</i>	99
<i>etodolac er</i>	28	FEVERALL CHILDRENS.....	31	GAMASTAN.....	24
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	62	FEVERALL INFANTS.....	31	GAMMAGARD.....	24
<i>etoposide</i>	22	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 31		GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	24
<i>etravirine</i>	34	<i>fexofenadine hcl</i>	87	GAMMAKED.....	24
EUTHYROX.....	56	FIASP.....	59	GAMMAPLEX.....	24
<i>everolimus</i>	16, 25	FIASP FLEXTOUCH.....	59	GAMUNEX-C.....	24

<i>ganciclovir sodium</i>	39	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	113	<i>gnp one daily plus iron</i>	119
GARDASIL 9.....	26	<i>gnp calcium 500/d</i>	113	<i>gnp one daily womens 50+</i>	119
<i>gatifloxacin</i>	84	<i>gnp calcium 600 +d3/minerals</i>	113	<i>gnp one daily womens health</i>	119
GATTEX.....	74	<i>gnp calcium 600/d</i>	113	<i>gnp opti-vitamins</i>	119
GAVILYTE-C.....	75	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	113	<i>gnp pain & fever childrens</i>	31
GAVILYTE-G.....	75	<i>gnp calcium citrate+d maximum</i>	113	<i>gnp pain relief extra strength</i>	31
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		<i>gnp calcium plus 600 +d</i>	113	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	112
PACK.....	75	<i>gnp calcium/vitamin d/minerals</i>	114	<i>gnp pink bismuth</i>	72
GAVRETO.....	16	<i>gnp calcium-magnesium-zinc</i>	114	<i>gnp prenatal</i>	119
<i>gemcitabine hcl</i>	21	<i>gnp capsaicin</i>	130	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	91
<i>gemfibrozil</i>	45	<i>gnp century</i>	118	<i>gnp senna-lax</i>	76
<i>generlac</i>	76	<i>gnp century adults 50+ senior</i>	118	<i>gnp slow release iron</i>	81
GENGRAF.....	25	<i>gnp century cardio health</i>	118	<i>gnp stomach relief</i>	72
GENOTROPIN.....	67	<i>gnp century energy metabolism</i>	118	<i>gnp stool softener</i>	76
GENOTROPIN MINIQUEL.....	67	<i>gnp century mature</i>	118	<i>gnp suphedrin</i>	91
GENTAK.....	84	<i>gnp century ultimate mens</i>	118	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	125
<i>gentamicin in saline</i>	37	<i>gnp century ultimate womens</i>	118	<i>gnp therapeutic-m</i>	119
<i>gentamicin sulfate</i>	37, 84, 127	<i>gnp childrens allergy</i>	87	<i>gnp tolnaftate</i>	126
<i>gentle laxative</i>	76	<i>gnp childrens chewables/lex c</i>	118	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	127
GENVOYA.....	36	<i>gnp childrens chewables/liron</i>	119	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	91
<i>geriaton</i>	118	<i>gnp childrens complete</i>	119	<i>gnp tussin dm</i>	92
<i>geriatric vitamin</i>	118	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	28	<i>gnp tussin dm cough</i>	92
GIANVI.....	62	<i>gnp clotrimazole 3</i>	78	<i>gnp tussin dm max</i>	92
GILENYA.....	106	<i>gnp co q10</i>	109	<i>gnp vitamin a</i>	119
GILOTTRIF.....	16	<i>gnp cod liver oil</i>	119	<i>gnp vitamin b1</i>	119
<i>glatiramer acetate</i>	106	<i>gnp coenzyme q-10</i>	109	<i>gnp vitamin b-12</i>	119
GLATOPA.....	106	<i>gnp cough dm er</i>	91	<i>gnp vitamin b-12 tr</i>	119
<i>glimepiride</i>	58	<i>gnp dayhist allergy</i>	87	<i>gnp vitamin b-6</i>	119
<i>glipizide</i>	58	<i>gnp essential one daily</i>	119	<i>gnp vitamin c</i>	119
<i>glipizide er</i>	58	<i>gnp folic acid</i>	119	<i>gnp vitamin c cr</i>	119
<i>glipizide xl</i>	58	<i>gnp glycerin child</i>	76	<i>gnp vitamin c drops</i>	119
<i>glipizide-metformin hcl</i>	58	<i>gnp healthy eyes</i>	119	<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	119
<i>global alcohol prep ease</i>	59	<i>gnp healthy eyes supervision</i>	119	<i>gnp vitamin c/rose hips tr</i>	120
<i>glucosamine hcl</i>	52	<i>gnp ibuprofen infants</i>	28	<i>gnp vitamin d</i>	120
<i>glucosamine sulfate</i>	52	<i>gnp ibuprofen junior strength</i>	28	<i>gnp vitamin d-400</i>	120
<i>glycerin</i>	52	<i>gnp infants pain/fever</i>	31	<i>gnp vitamin e</i>	120
<i>glycerin (infants & children)</i>	76	<i>gnp iron</i>	81	<i>gnp womens one daily</i>	120
<i>glycolic acid</i>	52, 130	<i>gnp k-pec</i>	72	<i>gnp zinc</i>	114
<i>glycopyrrolate</i>	73	<i>gnp laxative</i>	76	<i>gnp zoochews gummies</i>	120
GLYDO.....	127	<i>gnp laxative pills</i>	76	GOLYTELY.....	76
GLYXAMBI.....	58	<i>gnp lice treatment</i>	129	<i>goodsense all day allergy</i>	87
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	31	<i>gnp little ones childrens</i>	119	<i>goodsense arthritis pain</i>	31
<i>gnp all day allergy</i>	87	<i>gnp loratadine</i>	87	<i>goodsense aspirin</i>	31
<i>gnp all day allergy childrens</i>	87	<i>gnp magnesium</i>	114	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	28
<i>gnp all day allergy-d</i>	91	<i>gnp maximum one daily</i>	119	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	28
<i>gnp allergy</i>	87	<i>gnp mega multi for men</i>	119	<i>goodsense ibuprofen junior st</i>	28
<i>gnp allergy & congestion</i>	91	<i>gnp mega multi for women</i>	119	<i>goodsense nicotine</i>	107
<i>gnp allergy relief</i>	87	<i>gnp miconazole 3</i>	78	<i>goodsense pain & fever child</i>	31
<i>gnp antacid anti-gas</i>	71	<i>gnp miconazole 7</i>	78	<i>goodsense pain & fever infants</i>	31
<i>gnp anti-diarrheal</i>	72	<i>gnp mucus relief childrens</i>	91	<i>goodsense pain relief</i>	31
<i>gnp arthritis pain relief</i>	31	<i>gnp nasal decongestant</i>	91	<i>goodsense pain relief extra st</i>	31
<i>gnp aspirin</i>	31	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	91	gowey.....	109
<i>gnp athletes foot</i>	125	<i>gnp natural fiber</i>	76	<i>granisetron hcl</i>	73
<i>gnp b-100 balanced tr</i>	118	<i>gnp niacin tr</i>	119	<i>grape flavor</i>	52
<i>gnp b-50 balanced</i>	118	<i>gnp nicotine mini</i>	107	<i>grape seed</i>	52
<i>gnp bacitracin zinc</i>	127	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	107	<i>grape syrup</i>	52
GNP BISA-LAX.....	76	<i>gnp one daily maximum</i>	119	<i>green tea extract</i>	52
<i>gnp boric acid</i>	52	<i>gnp one daily mens 50+advanced</i>	119	<i>griseofulvin microsize</i>	36
<i>gnp cal mag zinc +d3</i>	118	<i>gnp one daily mens health 50+</i>	119	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	36
<i>gnp calcium</i>	113	<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	119	<i>guaiaatussin ac</i>	92

<i>guaifenesin</i>	92	<i>hm stool softener</i>	76	ILEVRO.....	84
<i>guaifenesin ac</i>	92	<i>hm triple antibiotic</i>	127	<i>imatinib mesylate</i>	16
<i>guaifenesin-codeine</i>	92	<i>hm triple antibiotic max st</i>	127	IMBRUVICA.....	16
<i>guaifenesin-dm</i>	92	<i>hm tussin adult</i>	92	<i>imipenem-cilastatin</i>	37
<i>guanfacine hcl</i>	49	<i>hm tussin adult dm</i>	92	<i>imipramine hcl</i>	100
<i>guanfacine hcl er</i>	108	<i>hm tussin adult multi-symptom</i>	92	<i>imiquimod</i>	130
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	56	<i>hm vitamin b1</i>	120	IMOVAX RABIES.....	26
GVOKE PFS.....	57	<i>hm vitamin b12</i>	120	INCASSIA.....	62
H2Q.....	109	<i>hm vitamin e</i>	120	INCRELEX.....	67
HAEGARDA.....	80	<i>hrt base</i>	52	INCRUSE ELLIPTA.....	85
HAILEY 1.5/30.....	62	HUMIRA.....	23	<i>indapamide</i>	48
HAILEY 24 FE.....	62	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>indole-3-carbinol</i>	52
<i>halobetasol propionate</i>	129	START.....	23	INFANRIX.....	26
<i>haloperidol</i>	102	HUMIRA PEN.....	23	<i>infants ibuprofen</i>	28
<i>haloperidol decanoate</i>	102	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFUVITE ADULT.....	120
<i>haloperidol lactate</i>	102	STARTER.....	23	INFUVITE PEDIATRIC.....	120
HARVONI.....	39	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INGREZZA.....	104
HAVRIX.....	26	START.....	23	INLYTA.....	16
<i>healthy eyes</i>	120	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		<i>inositol hexanicotinate</i>	52
HEATHER.....	62	START.....	23	INQOVI.....	21
<i>heparin (porcine) in nacl</i>	79	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INREBIC.....	16
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	79	STARTER.....	23	INTEGRA.....	81
<i>heparin sodium (porcine)</i>	79	HUMULIN R U-500		INTELENCE.....	34
HEPATAMINE.....	116	(CONCENTRATED).....	59	INTRALIPID.....	116
HERCEPTIN.....	16	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	60	INTRON A.....	24, 25
HERCEPTIN HYLECTA.....	16	<i>hydralazine hcl</i>	49	INTROVALE.....	62
HERZUMA.....	16	<i>hydrochloric acid</i>	52	INVEGA SUSTENNA.....	102, 103
HETLIOZ.....	106	<i>hydrochlorothiazide</i>	48	INVEGA TRINZA.....	103
HIBERIX.....	26	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	92	INVIRASE.....	34
HIGH POTENCY CALCIUM.....	114	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	30	IPOL.....	26
<i>hm advanced antacid max st</i>	71	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	29	<i>ipratropium bromide</i>	85, 86
<i>hm allergy</i>	87	<i>hydrocodone-homatropine</i>	92	<i>ipratropium-albuterol</i>	88
<i>hm allergy complete-d</i>	92	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	29	<i>irbesartan</i>	44
<i>hm allergy relief</i>	87	<i>hydrocortisone</i>	69, 74, 129	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	47
<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	92	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	130	IRESSA.....	16
<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	71	<i>hydromet</i>	92	<i>irinotecan hcl</i>	21
<i>hm antacid/antigas</i>	71	<i>hydromorphone hcl</i>	29	<i>iron</i>	81
<i>hm anti-diarrheal</i>	72	<i>hydrophilic</i>	52	<i>iron 100 plus</i>	81
<i>hm arthritis pain relief</i>	31	<i>hydrous emulsified base</i>	52	<i>iron 100/c</i>	81
<i>hm aspirin</i>	31	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	120	ISENTRESS.....	34
<i>hm aspirin ec</i>	31	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	25	ISENTRESS HD.....	34
<i>hm bacitracin zinc</i>	127	<i>hydroxyurea</i>	21	ISIBLOOM.....	62
<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	87	<i>hydroxyzine hcl</i>	87	ISOLYTE-P IN D5W.....	110
<i>hm coq10</i>	110	<i>hydroxyzine pamoate</i>	87	ISOLYTE-S.....	110
<i>hm cough dm</i>	92	HYSINGLA ER.....	30	<i>isoniazid</i>	35
<i>hm epsom salt</i>	76	<i>ibandronate sodium</i>	70	<i>isopropyl palmitate</i>	52
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	IBRANCE.....	16	ISOPTO ATROPINE.....	85
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	IBU.....	28	<i>isosorbide dinitrate</i>	50
<i>hm iron</i>	81	<i>ibuprofen</i>	28	<i>isosorbide mononitrate</i>	50
<i>hm lice killing max st</i>	129	<i>ibuprofen childrens</i>	28	<i>isosorbide mononitrate er</i>	50
<i>hm loperamide hcl</i>	72	<i>ibuprofen junior strength</i>	28	<i>isotretinoin</i>	126
<i>hm loratadine childrens</i>	87	ICAPS.....	120	<i>isradipine</i>	47
<i>hm nasal decongestant pe</i>	92	ICAPS AREDS FORMULA.....	120	<i>itraconazole</i>	36
<i>hm niacin</i>	120	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	120	<i>ivermectin</i>	37
<i>hm nicotine polacrilex</i>	107	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	120	<i>i-vite</i>	120
<i>hm pain & fever childrens</i>	32	ICAPS MV.....	120	<i>i-vite protect</i>	120
<i>hm pain & fever infants</i>	32	<i>icatibant acetate</i>	80	IXIARO.....	26
<i>hm pain relief extra strength</i>	32	ICLEVIA.....	62	JAKAFI.....	17
<i>hm pain reliever</i>	32	ICLUSIG.....	16	JANTOVEN.....	79
<i>hm stomach relief</i>	72	IDHIFA.....	16	JANUMET.....	58

JANUMET XR.....	58	<i>lactulose</i>	76	<i>l-glutamine</i>	110
JANUVIA.....	58	<i>lactulose encephalopathy</i>	76	<i>l-glutathione</i>	110
JARDIANCE.....	58	<i>lamivudine</i>	34, 39	<i>lice killing maximum strength</i>	129
JASMIEL.....	62	<i>lamivudine-zidovudine</i>	36	<i>lice treatment</i>	129
JELENE.....	52	<i>lamotrigine</i>	97	LICIDE.....	129
JENTADUETO.....	58	<i>lamotrigine er</i>	97	<i>lidocaine</i>	127
JENTADUETO XR.....	58	<i>lansoprazole</i>	75	<i>lidocaine hcl</i>	33, 127
<i>jessners</i>	130	<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	33
JINTELI.....	68	<i>l-arginine</i>	110	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	127
<i>jock itch spray</i>	126	LARIN 1.5/30.....	63	<i>lidocaine viscous hcl</i>	125
JOLESSA.....	62	LARIN 1/20.....	63	<i>lidocaine-prilocaine</i>	127
JULEBER.....	62	LARIN 24 FE.....	63	LILLOW.....	63
JULUCA.....	36	LARIN FE 1.5/30.....	63	<i>linezolid</i>	37, 38
JUNEL 1.5/30.....	62	LARIN FE 1/20.....	63	<i>linezolid in sodium chloride</i>	37
JUNEL 1/20.....	62	LARISSIA.....	63	LINZESS.....	74
JUNEL FE 1.5/30.....	62	LASTACAPT.....	82	<i>liothyronine sodium</i>	56
JUNEL FE 1/20.....	62	<i>latanoprost</i>	83	<i>lip balm base</i>	53
JUNEL FE 24.....	62	LATUDA.....	103	<i>lip balm base natural</i>	53
JUXTAPID.....	45	LAYOLIS FE.....	63	LIPOBASE.....	53
KADCYLA.....	17	<i>l-citrulline</i>	53	<i>lipoic acid</i>	53
KAITLIB FE.....	62	<i>l-cystine</i>	110	LIPOIL.....	53
KALETRA.....	36	<i>lecithin</i>	110	<i>lipovan base</i>	53
KALYDECO.....	89	LEENA.....	63	<i>lisinopril</i>	50
KANJINTI.....	17	<i>leflunomide</i>	25	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>karaya gum</i>	53	<i>lemon bioflavanoid</i>	53	<i>l-isoleucine</i>	110
KARIVA.....	62	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	17	<i>lithium</i>	105
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	110	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	17	<i>lithium carbonate</i>	104, 105
KELNOR 1/35.....	62	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	17	<i>lithium carbonate er</i>	104
KELNOR 1/50.....	63	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	17	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	63
<i>ketoconazole</i>	36, 126, 128	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	17	LOESTRIN 1/20 (21).....	63
KETO-DIASTIX.....	67	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	17	LOESTRIN FE 1.5/30.....	63
<i>ketorolac tromethamine</i>	84	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	17	LOESTRIN FE 1/20.....	63
KEYTRUDA.....	17	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	17	<i>lohist-dm</i>	92
KINRIX.....	26	LESSINA.....	63	LOKELMA.....	57
KISQALI (200 MG DOSE).....	17	<i>letrozole</i>	20	LOLLIBASE.....	53
KISQALI (400 MG DOSE).....	17	<i>leucovorin calcium</i>	21	LONSURF.....	22
KISQALI (600 MG DOSE).....	17	LEUKERAN.....	15	<i>loperamide hcl</i>	74
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	22	<i>leuprolide acetate</i>	20	<i>lopinavir-ritonavir</i>	36
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	22	<i>levalbuterol hcl</i>	85	LOPREEZA.....	68
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	22	<i>levalbuterol tartrate</i>	85	<i>loratadine</i>	87
KLOR-CON.....	111	LEVEMIR.....	60	<i>loratadine childrens</i>	87
KLOR-CON 10.....	111	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	60	<i>loratadine-d 24hr</i>	92
KLOR-CON M10.....	111	<i>levetiracetam</i>	97	<i>lorazepam</i>	96
KLOR-CON M15.....	111	<i>levetiracetam er</i>	97	LORAZEPAM INTENSOL.....	96
KLOR-CON M20.....	111	<i>levetiracetam in nacl</i>	97	LORBRENA.....	17
KLS ALLERCLEAR.....	87	<i>levobunolol hcl</i>	83	LORTUSS EX.....	92
KLS ALLER-TEC.....	87	<i>levocarnitine</i>	67	LORYNA.....	63
<i>kojic acid</i>	53	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	87	<i>losartan potassium</i>	44
KORLYM.....	67	<i>levofloxacin</i>	42	<i>losartan potassium-hctz</i>	47
KURVELO.....	63	<i>levofloxacin in d5w</i>	42	LOTEMAX.....	84
KYNMOBI.....	95	LEVONEST.....	63	<i>lovastatin</i>	45
<i>labetalol hcl</i>	46	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	63	LOW-OGESTREL.....	63
<i>lactated ringers</i>	111	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	63	<i>loxapine succinate</i>	103
<i>lactic acid</i>	53	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	63	<i>lozibase</i>	53
<i>lactose</i>	53	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	63	<i>l-tyrosine</i>	110
<i>lactose anhydrous</i>	53	LEVORA 0.15/30 (28).....	63	LUMAKRAS.....	17
<i>lactose hydrous</i>	53	LEVO-T.....	56	LUMIGAN.....	83
<i>lactose monohydrate</i>	53	<i>levothyroxine sodium</i>	56	LUMIZYME.....	67
		LEVOXYL.....	56	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	20
		LEXIVA.....	34	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	20

LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	67	<i>mesalamine er</i>	74	<i>misoprostol</i>	74
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	67	<i>mesalamine-cleanser</i>	74	MITIGARE	33
LUTERA	63	MESNEX	21	M-M-R II	26
<i>l-valine</i>	110	METADATE ER	108	<i>m-natal plus</i>	111
LYLEQ	63	<i>metformin hcl</i>	58	<i>moexipril hcl</i>	50
LYLLANA	68	<i>metformin hcl er</i>	58	<i>molindone hcl</i>	103
LYNPARZA	17	<i>methadone hcl</i>	30	<i>mometasone furoate</i>	129
LYRICA CR	105	METHADONE HCL INTENSOL	30	MONDOXYNE NL	43
LYSODREN	20	<i>methazolamide</i>	48	MONJUVI	17
LYZA	63	<i>methenamine hippurate</i>	38	MONO-LINYAH	64
M.V.I. PEDIATRIC	120	<i>methimazole</i>	56	<i>montelukast sodium</i>	90
<i>mag-al plus</i>	71	<i>methocarbamol</i>	95	<i>morphine sulfate</i>	29
<i>mag-al plus xs</i>	71	<i>methotrexate</i>	25	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	29
<i>magdelay</i>	114	<i>methotrexate sodium</i>	21	<i>morphine sulfate (pf)</i>	29
<i>mag-g</i>	114	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	21	<i>morphine sulfate er</i>	30
MAGNEBIND 300	114	<i>methyl sulfone</i>	53	MOVANTIK	74
<i>magnesium</i>	114	<i>methylcellulose</i>	53	<i>moxifloxacin hcl</i>	42, 84
<i>magnesium 27</i>	114	<i>methylidopa</i>	49	<i>mucus relief chest congestion</i>	93
<i>magnesium carbonate heavy</i>	114	<i>methylparaben</i>	53	MULTAQ	44
<i>magnesium citrate</i>	53	<i>methylphenidate hcl</i>	108	<i>multi vitamin mens</i>	121
<i>magnesium oxide</i>	71, 114	<i>methylphenidate hcl er</i>	108	<i>multi-delyn</i>	121
<i>magnesium sulfate</i>	111	<i>methylprednisolone</i>	69	<i>multi-delyn/iron</i>	121
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	111	<i>methylprednisolone acetate</i>	69	<i>multilex</i>	121
MAGONATE	114	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	69	<i>multiple vitamins essential</i>	121
<i>malathion</i>	129	<i>metoclopramide hcl</i>	73	<i>multiple vitamins/womens</i>	121
<i>malic acid</i>	53	<i>metolazone</i>	48	<i>multi-vitamins</i>	121
<i>manganese chloride</i>	114	<i>metoprolol succinate er</i>	46	<i>mupirocin</i>	127
<i>mapap</i>	32	<i>metoprolol tartrate</i>	46	MVASI	17
<i>mapap arthritis pain</i>	32	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	46	<i>mycophenolate mofetil</i>	25
<i>marlissa</i>	63	<i>metronidazole</i>	38, 78, 130	<i>mycophenolate sodium</i>	25
MARPLAN	100	<i>metronidazole in nacl</i>	38	MYORISAN	126
MATULANE	22	<i>metyrosine</i>	49	MYRBETRIQ	78
MAVYRET	39	MI-ACID	71	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	81
MAXIMUM D3	120	MIBELAS 24 FE	64	<i>nabumetone</i>	28
<i>m-clear wc</i>	92	<i>miconazole 3 applicator</i>	78	<i>nadolol</i>	46
<i>meclizine hcl</i>	73	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	78	<i>nafcilin sodium</i>	43
<i>medi-bismuth</i>	72	<i>miconazole 7</i>	78	NAGLAZYME	67
<i>medi-natural</i>	76	<i>miconazole nitrate</i>	78, 126	NAIL-EX	121
<i>medi-natural plus</i>	76	<i>microderm base</i>	53	<i>nalbuphine hcl</i>	29
MEDI-PHEDRYL	87	MICROGESTIN 1.5/30	64	<i>naloxone hcl</i>	107
MEDI-PROFEN	28	MICROGESTIN 1/20	64	<i>naltrexone hcl</i>	107
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH	32	MICROGESTIN FE 1.5/30	64	NAMZARIC	99
<i>medi-tussin dm</i>	93	MICROGESTIN FE 1/20	64	NAPHCN-A	82
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	63, 69	MICROSOME BASE	53	<i>naproxen</i>	28
<i>mefloquine hcl</i>	39	<i>midodrine hcl</i>	49	<i>naproxen sodium</i>	28
<i>mega multivitamin for men</i>	120	<i>miglustat</i>	67	<i>naratriptan hcl</i>	105
<i>mega multivitamin for women</i>	120	<i>milantex</i>	71	NARCAN	107
<i>megestrol acetate</i>	20, 69	<i>milantex extra strength</i>	71	<i>nasal decongestant</i>	93
MEKINIST	17	MILI	64	<i>nasal decongestant pe</i>	93
MEKTOVI	17	MIMVEY	68	<i>nasal decongestant pe max st</i>	93
MELODETTA 24 FE	64	<i>mineral oil</i>	76	NASCOBAL	121
<i>meloxicam</i>	28	<i>mineral oil heavy</i>	76	NATACYN	84
<i>memantine hcl</i>	99	<i>mineral oil light</i>	76	<i>nateglinide</i>	58
<i>memantine hcl er</i>	99	MINITRAN	50	NATPARA	70
MENACTRA	26	<i>minocycline hcl</i>	43	<i>natural bitterness</i>	53
MENQUADFI	26	<i>minoxidil</i>	49	<i>natural fiber therapy</i>	76
MENVEO	26	<i>mintox maximum strength</i>	71	NAYZILAM	97
<i>mercaptopurine</i>	21	MINTOX PLUS	71	NECON 0.5/35 (28)	64
<i>meropenem</i>	38	<i>mirtazapine</i>	100	<i>nefazodone hcl</i>	101
<i>mesalamine</i>	74			<i>neomycin sulfate</i>	38

<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	84	NOVAFERRUM PEDIATRIC		ORA-BLEND SF	53
<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	83	DROPS	82	ORA-HESIVE BASE	53
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	84	NOVOLIN 70/30	60	ORALYTE	112
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	83, 131	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	60	ORALYTE FREEZER POPS	112
NEPHRONEX	121	NOVOLIN N	60	<i>orange concentrate</i>	53
NERLYNX	17	NOVOLIN N FLEXPEN	60	ORA-PLUS	53
NEUPRO	95	NOVOLIN R	60	ORASEP	125
<i>nevirapine</i>	34	NOVOLIN R FLEXPEN	60	ORA-SWEET	53
<i>nevirapine er</i>	34	NOVOLOG	60	ORA-SWEET SF	53
NEW SKIN	130	NOVOLOG FLEXPEN	60	ORGOVYX	20
NEXAVAR	17	NOVOLOG MIX 70/30	60	ORKAMBI	89
<i>niacin</i>	121	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	60	<i>ornithine hcl</i>	53
<i>niacin er</i>	121	NOVOLOG PENFILL	60	ORSYTHIA	64
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	45	NOXAFIL	36	<i>oseltamivir phosphate</i>	39
<i>niacin flush free</i>	121	NUBEQA	20	OSPHENA	67
<i>niacinamide</i>	121	NUEDEXTA	105	<i>oxacillin sodium</i>	43
<i>nicardipine hcl</i>	47	NU-IRON	82	<i>oxalic acid</i>	53
NICE DISTILLED WATER	53	NULOJIX	25	<i>oxaliplatin</i>	15
<i>nicotine</i>	107	NULYTELY LEMON-LIME	76	<i>oxandrolone</i>	57
<i>nicotine polacrilex</i>	107	NUPLAZID	103	<i>oxcarbazepine</i>	98
NICOTROL	107	NUTR-E-SOL	121	<i>oxybutynin chloride</i>	78
NICOTROL NS	107	NUTRILIPID	116	<i>oxybutynin chloride er</i>	78
<i>nifedipine er</i>	47	NYAMYC	126	<i>oxycodone hcl</i>	29
<i>nifedipine er osmotic release</i>	47	NYLIA 7/7/7	64	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	30
NIKKI	64	NYMALIZE	47	OXYCONTIN	30
<i>nilutamide</i>	20	NYMYO	64	OYSCO 500	114
<i>nimodipine</i>	47	<i>nystatin</i>	36, 125, 126	OYSCO 500+D	114
NINJACOF-XG	93	NYSTOP	126	<i>oyster calcium + d</i>	114
NINLARO	17	OCELLA	64	<i>oyster shell calcium</i>	114
<i>nitazoxanide</i>	38	OCTAGAM	24	<i>oyster shell calcium w/d</i>	114
<i>nitisinone</i>	67	<i>octreotide acetate</i>	67	<i>oyster shell calcium/d</i>	114
NITRO-BID	50	OCUVITE ADULT 50+	121	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	114
NITRO-DUR	50	OCUVITE ADULT FORMULA	121	<i>oyster shell/vitamin d</i>	115
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	38	OCUVITE EXTRA	121	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	38	OCUVITE-LUTEIN	121	MG/DOSE)	58
<i>nitroglycerin</i>	50	ODEFSEY	36	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	58
<i>nizatidine</i>	70	ODOMZO	18	PACERONE	44
<i>non-aspirin childrens</i>	32	OFEV	89	<i>paclitaxel</i>	22
<i>non-aspirin extra strength</i>	32	<i>ofloxacin</i>	84, 131	<i>pain & fever</i>	32
<i>non-aspirin pain relief</i>	32	OGIVRI	18	<i>pain & fever childrens</i>	32
NORA-BE	64	<i>olanzapine</i>	103	<i>pain & fever infants</i>	32
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	64	<i>olmesartan medoxomil</i>	44	<i>pain relief extra strength</i>	32
<i>norethindrone</i>	64	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	48	<i>pain reliever extra strength</i>	32
<i>norethindrone acetate</i>	69	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	48	<i>paliperidone er</i>	103
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	64	<i>olopatadine hcl</i>	82	<i>pamidronate disodium</i>	70
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	68	<i>omeprazole</i>	75	PANRETIN	131
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	64	OMNIPOD 5 PACK	60	<i>pantoprazole sodium</i>	75
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	64	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	60	PANZYGA	24
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	64	OMNIPOD STARTER	60	PARAPLATIN	15
NORLYROC	64	<i>once daily</i>	121	<i>paricalcitol</i>	57
NORPACE CR	44	<i>once daily/iron</i>	121	PAROEX	125
NORTHERA	49	ONCOVITE	121	<i>paromomycin sulfate</i>	38
NORTREL 0.5/35 (28)	64	<i>ondansetron</i>	73	<i>paroxetine hcl</i>	101
NORTREL 1/35 (21)	64	<i>ondansetron hcl</i>	73	PASER	35
NORTREL 1/35 (28)	64	<i>one daily</i>	121	PAXIL	101
NORTREL 7/7/7	64	<i>one daily mens</i>	121	PAZEO	82
<i>nortriptyline hcl</i>	101	ONTRUZANT	18	PCCA BASE 7542	53
NORVIR	34	ONUREG	21	PCCA MBK (FATTY ACID) BASE	53
NOVAFERRUM	82	OPSUMIT	49	<i>pectin</i>	72
NOVAFERRUM 50	81	ORA-BLEND	53	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	112

PEDIA-LAX.....	76	<i>pilocarpine hcl</i>	83, 125	<i>pregabalin</i>	98
PEDIARIX.....	26	<i>pimozide</i>	103	<i>pregabalin er</i>	105
<i>pediatric electrolyte</i>	112	PIMTREA.....	64	PREMASOL.....	116
PEDVAX HIB.....	26	<i>pindolol</i>	46	<i>prenatal</i>	112, 122
<i>peg 300</i>	54	<i>pioglitazone hcl</i>	59	<i>prenatal low iron</i>	121
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	76	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	43	<i>prenatal plus</i>	112
<i>peg blend</i>	54	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	18	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	112
<i>peg-3350/electrolytes</i>	76	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	18	<i>prenatal vitamins</i>	122
PEGANONE.....	98	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	18	PRESERVISION AREDS.....	122
PEGASYS.....	39	PIRMELLA 1/35.....	64	PRESERVISION AREDS 2.....	122
PEMAZYRE.....	18	<i>piroxicam</i>	28	PRESERVISION/LUTEIN.....	122
<i>penicillamine</i>	57	PLASMA-LYTE 148.....	111	PREVALITE.....	45
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	43	PLASMA-LYTE A.....	111	PREVIFEM.....	65
<i>penicillin g potassium</i>	43	PLENAMINE.....	116	PREZCOBIX.....	36
<i>penicillin g procaine</i>	43	PLENVU.....	76	PREZISTA.....	34
<i>penicillin g sodium</i>	43	PLO20 FLOWABLE.....	54	PRIFTIN.....	35
<i>penicillin v potassium</i>	43	<i>pna-hrt base</i>	54	<i>primaquine phosphate</i>	39
PENTACEL.....	26	<i>pnv folic acid + iron</i>	111	<i>primidone</i>	98
<i>pentamidine isethionate</i>	38	<i>podactin</i>	126	PRIVIGEN.....	24
<i>pentoxifylline er</i>	80	<i>podofilox</i>	131	<i>probenecid</i>	33
PENTRAVAN.....	131	POLOX.....	54	PROCALAMINE.....	116
PENTRAVAN PLUS.....	131	<i>poloxamer 407</i>	54	<i>prochlorperazine</i>	73
<i>peptic relief</i>	72	<i>poly vitamin</i>	121	<i>prochlorperazine edisylate</i>	73
<i>perindopril erbumine</i>	50	<i>polyethylene glycol 1000</i>	54	<i>prochlorperazine maleate</i>	73
PERIOGARD.....	125	<i>polyethylene glycol 1450</i>	54	PROCRIT.....	80
PERIOMED.....	125	<i>polyethylene glycol 3350</i>	54	PROCTO-MED HC.....	131
<i>permethrin</i>	130	<i>polyethylene glycol 400</i>	54	PROCTO-PAK.....	131
<i>perphenazine</i>	103	<i>polyethylene glycol 8000</i>	54	PROCTOSOL HC.....	131
PERSERIS.....	103	POLY-IRON 150.....	82	PROCTOZONE-HC.....	131
<i>peruvian balsam</i>	54	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	84	PROFE.....	82
PFCB.....	54	<i>polyoxyl 40 stearate</i>	54	PROGRAF.....	25
PFIZERPEN.....	43	<i>polysorbate 20</i>	54	PROLASTIN-C.....	89
<i>pharbechlor</i>	87	<i>poly-tussin ac</i>	93	PROLENSA.....	85
<i>pharbedryl</i>	87	<i>polyvitaminliron</i>	121	PROLIA.....	70
PHARBETOL.....	32	POMALYST.....	22	PROMACTA.....	80
PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	32	PORTIA-28.....	65	<i>promethazine hcl</i>	73
PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	54	<i>posaconazole</i>	36	<i>promethazine-codeine</i>	93
PHARMABASE COSMETIC.....	54	<i>potassium bromide</i>	54	<i>promethazine-dm</i>	93
PHARMABASE COSMETIC		<i>potassium chloride</i>	111, 112	<i>propafenone hcl</i>	44
NATURAL.....	54	<i>potassium chloride crys er</i>	111	<i>propafenone hcl er</i>	44
PHARMABASE LIGHT.....	54	<i>potassium chloride er</i>	111	<i>proparacaine hcl</i>	85
PHARMABASE VAGINAL.....	54	<i>potassium chloride in dextrose</i>	111	<i>propranolol hcl</i>	46
<i>phendimetrazine tartrate</i>	107	<i>potassium chloride in nacl</i>	111	<i>propranolol hcl er</i>	46
<i>phendimetrazine tartrate er</i>	107	<i>potassium citrate</i>	79	<i>propylene glycol</i>	54
<i>phenelzine sulfate</i>	101	<i>potassium citrate er</i>	79	<i>propylparaben</i>	54
<i>phenobarbital</i>	98	<i>potassium hydroxide</i>	54	<i>propylthiouracil</i>	56
<i>phenobarbital sodium</i>	98	<i>potassium nitrate</i>	54	PROQUAD.....	26
<i>phentermine hcl</i>	107, 108	<i>potassium sorbate</i>	54	PROSIGHT.....	122
PHENYTEK.....	98	PRALUENT.....	45	PROSOL.....	116
<i>phenytoin</i>	98	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	95	<i>protriptyline hcl</i>	101
<i>phenytoin sodium</i>	98	<i>prasugrel hcl</i>	82	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	93
<i>phenytoin sodium extended</i>	98	<i>pravastatin sodium</i>	45	<i>pseudoephedrine hcl</i>	93
PHESGO.....	18	<i>praziquantel</i>	38	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	93
PHILITH.....	64	<i>prazosin hcl</i>	45	PULMICORT FLEXHALER.....	90
<i>phosphatidylserine</i>	54	<i>prednisolone</i>	69	PULMOZYME.....	89
<i>phosphorus supplement</i>	115	<i>prednisolone acetate</i>	84	PURIXAN.....	21
PHYTOBASE.....	54	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	69, 85	<i>px calamine</i>	131
<i>phytonadione</i>	121	<i>prednisone</i>	69	<i>pyrazinamide</i>	35
PICATO.....	131	PREDNISONE INTENSOL.....	69	<i>pyridostigmine bromide</i>	105
PIFELTRO.....	34	<i>preferred plus insulin syringe</i>	60	<i>pyridoxine hcl</i>	122

<i>pyruvic acid</i>	54	RECLIPSEN.....	65	SALTSTABLE LO.....	55
<i>qc all day allergy</i>	87	RECOMBIVAX HB.....	27	SANDIMMUNE.....	25
<i>qc antacid</i>	72	RECTIV.....	131	SANTYL.....	127
<i>qc antacid/anti-gas</i>	72	<i>red yeast rice extract</i>	55	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	67
<i>qc anti-diarrheal</i>	72	<i>reeses pinworm medicine</i>	38	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	93
<i>qc arthritis pain relief</i>	32	REFENESEN CHEST CONG/PAIN		<i>sb antacid anti-gas</i>	72
<i>qc aspirin</i>	32	RLF.....	93	<i>sb anti-fungal</i>	126
<i>qc bacitracin</i>	127	REGRANEX.....	127	<i>sb arthritis pain relief</i>	32
<i>qc boric acid</i>	54	REGULOID.....	77	<i>sb cough control dm max</i>	93
<i>qc calamine</i>	131	RELENZA DISKHALER.....	39	<i>sb docusate sodium</i>	77
<i>qc chlor-pheniramine</i>	87	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	60	<i>sb docusate sodium/senna</i>	77
<i>qc cod liver oil</i>	122	RELISTOR.....	74	<i>sb fib lax orange</i>	77
<i>qc diarrhea relief</i>	72	REMICADE.....	23	<i>sb infants ibuprofen</i>	28
<i>qc docusate calcium</i>	76	<i>rena-vite</i>	122	<i>sb laxative</i>	77
<i>qc epsom salt</i>	76	RENFLEXIS.....	23	<i>sb lice killing max st</i>	130
<i>qc gentle laxative</i>	77	<i>repaglinide</i>	59	<i>sb lice treatment</i>	130
<i>qc loratadine allergy relief</i>	87	RESTASIS.....	85	<i>sb loratadine allergy relief</i>	88
<i>qc loratadine-d</i>	93	RESTASIS MULTIDOSE.....	85	<i>sb non-aspirin extra strength</i>	32
<i>qc miconazole 7</i>	78	RETEVMO.....	18	<i>sb oyster shell calcium</i>	115
<i>qc natural vegetable</i>	77	REVLIMID.....	22	<i>sb pain reliever childrens</i>	32
<i>qc natural vegetable laxative</i>	77	REXULTI.....	103	<i>sb pain reliever ex st</i>	32
<i>qc non-aspirin childrens</i>	32	REYATAZ.....	34	<i>sb triple antibiotic</i>	127
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	32	REZUROCK.....	25	<i>sb vitamin c</i>	122
<i>qc pink bismuth</i>	72	RHOPRESSA.....	83	<i>scopolamine</i>	73
<i>qc senna</i>	77	RIABNI.....	18	SECUADO.....	104
<i>qc senna-s</i>	77	<i>ribavirin</i>	39, 40	<i>selegiline hcl</i>	95
<i>qc suphedrine maximum strength</i>	93	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	130	<i>selenium sulfide</i>	128
<i>qc therin-m</i>	122	<i>rifabutin</i>	35	SELZENTRY.....	34
<i>qc tolnaftate</i>	126	<i>rifampin</i>	35	<i>senna</i>	77
<i>qc tussin cf</i>	93	<i>riluzole</i>	105	<i>senna-s</i>	77
<i>q-derm</i>	54	<i>rimantadine hcl</i>	40	<i>senna-tabs</i>	77
QINLOCK.....	18	RINVOQ.....	23	<i>senna-time</i>	77
Q-SORB.....	110	<i>risacal-d</i>	115	<i>senna-time s</i>	77
Q-SORB CO Q-10.....	110	<i>risedronate sodium</i>	70	SENNO.....	77
QSYMIA.....	108	RISPERDAL CONSTA.....	104	<i>sennosides-docusate sodium</i>	77
QUADRACEL.....	27	<i>risperidone</i>	104	<i>sentry</i>	122
<i>quetiapine fumarate</i>	103	<i>ritonavir</i>	34	<i>sentry senior</i>	122
<i>quetiapine fumarate er</i>	103	RITUXAN.....	18	SEREVENT DISKUS.....	85
<i>quinapril hcl</i>	50	RITUXAN HYCELA.....	18	<i>sertraline hcl</i>	101
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>rivastigmine</i>	100	SETLAKIN.....	65
<i>quinidine sulfate</i>	44	<i>rivastigmine tartrate</i>	99	<i>sevelamer carbonate</i>	56
<i>quinine sulfate</i>	39	RIVELSA.....	65	SHAROBEL.....	65
<i>ra boric acid</i>	54	<i>rizatriptan benzoate</i>	105	<i>shea butter</i>	55
<i>ra calamine</i>	131	<i>ropinirole hcl</i>	95	SHINGRIX.....	27
<i>ra coenzyme q-10</i>	110	ROSDAN.....	131	SIGNIFOR.....	68
<i>ra cough dm</i>	93	<i>rosuvastatin calcium</i>	45	<i>silace</i>	77
<i>ra epsom salt</i>	77	ROTARIX.....	27	<i>siladryl allergy</i>	88
<i>ra epsom salt lavender</i>	77	ROTATEQ.....	27	<i>sildenafil citrate</i>	49
<i>ra eye allergy relief</i>	82	ROWEEPRA.....	98	<i>siltussin das</i>	93
<i>ra glycerin child</i>	77	ROZLYTREK.....	18	<i>siltussin dm das</i>	93
<i>ra lice maximum strength</i>	130	RUBRACA.....	18	<i>siltussin sa</i>	93
RABAVERT.....	27	<i>rufinamide</i>	98	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	93
<i>rabeprazole sodium</i>	75	RUKOBIA.....	34	<i>silver sulfadiazine</i>	127
<i>raloxifene hcl</i>	67	RUXIENCE.....	18	SIMBRINZA.....	83
<i>ramipril</i>	50	RYBELSUS.....	59	SIMLIYA.....	65
<i>ranolazine er</i>	49	RYDAPT.....	18	SIMPESSE.....	65
<i>rasagiline mesylate</i>	95	<i>rynex pse</i>	93	<i>simple syrup</i>	55
<i>raspberry flavor</i>	54	<i>saccharin</i>	110	<i>simvastatin</i>	45
RAYALDEE.....	57	<i>safflower oil</i>	55	<i>sirolimus</i>	25
<i>rdt base</i>	54	SAJAZIR.....	80	SIRTURO.....	35

SIVEXTRO.....	38	sm miconazole 3.....	78	sorbitol.....	55
SKYRIZI.....	23	sm miconazole 3 applicator.....	78	SORINE.....	44
SKYRIZI (150 MG DOSE).....	23	sm miconazole 7.....	78	sotalol hcl.....	44
SKYRIZI PEN.....	23	sm multiple vitamins essential.....	122	sotalol hcl (af).....	44
sm 3-day vaginal.....	78	sm multiple vitamins/iron.....	122	soybean oil.....	55
sm 8 hour pain relief.....	33	sm nasal decongestant max st.....	94	spironolactone.....	44
sm all day allergy.....	88	sm nasal decongestant pe.....	94	spironolactone-hctz.....	49
sm all day allergy childrens.....	88	sm nicotine.....	108	SPRINTEC 28.....	65
sm all day allergy-d.....	94	sm nicotine polacrilex.....	108	SPRITAM.....	98
sm allergy 4 hour.....	88	sm opti-vitamins.....	122	SPRYCEL.....	18
sm allergy relief.....	88	sm oyster shell calcium/vit d3.....	115	SPS.....	57
sm animal shapes kids first.....	122	sm pain & fever childrens.....	33	SRONYX.....	65
sm antacid advanced max st.....	72	sm pain & fever infants.....	33	SSD.....	127
sm antacid anti-gas.....	72	sm pain relief extra strength.....	33	stavudine.....	34
sm antacid/antigas.....	72	sm pain reliever.....	33	STELARA.....	23
sm antibiotic.....	127	sm pain reliever ex st.....	33	sterile water for irrigation.....	127
sm anti-diarrheal.....	72	sm pediatric electrolyte.....	112	stevia extract.....	55
sm antifungal clotrimazole.....	126	sm prenatal vitamins.....	122	STIMATE.....	68
sm antifungal miconazole.....	126	sm slow release iron.....	82	STIVARGA.....	18
sm antifungal tolnaftate.....	126	sm stomach relief.....	73	stomach relief.....	73
sm arthritis pain relief.....	33	sm stool softener.....	77	stool softener.....	77
sm aspirin.....	33	sm super b complex/c.....	122	stool softener laxative.....	77
sm aspirin ec.....	33	sm triple antibiotic.....	127	strawberry flavor.....	55
sm aspirin tri-buffered.....	33	sm triple antibiotic max st.....	127	streptomycin sulfate.....	38
sm athletes foot.....	126	sm tussin cf.....	94	stress formula.....	123
sm balanced b-100.....	122	sm tussin cough/chest congest.....	94	stress formula/iron.....	123
sm balanced b-50.....	122	sm tussin dm.....	94	stress formula/zinc (b-compl).....	123
sm boric acid.....	55	sm vit c/rose hips.....	122	STRIBILD.....	36
sm calamine.....	131	sm vitamin b-12.....	122	STUART ONE.....	123
sm calamine phenolated.....	131	sm vitamin b-6.....	122	SUBVENITE.....	98
sm calcium 600/vitamin d.....	115	sm vitamin c.....	122	sucralfate.....	74
sm calcium citrate w/vit d3.....	115	sm vitamin c/rose hips.....	122	SUDOGEST.....	94
sm calcium soft chews.....	115	sm vitamin d3.....	122	SUDOGEST PE.....	94
sm calcium-magnesium-zinc.....	115	sm vitamin e.....	123	sulfacetamide sodium.....	84
sm chewable c.....	122	sm zinc gluconate.....	115	sulfacetamide sodium (acne).....	126
sm childrens ibuprofen.....	28	sodium acetate.....	115	sulfacetamide-prednisolone.....	83
sm childrens loratadine.....	88	sodium benzoate.....	55	sulfadiazine.....	38
sm clotrimazole vaginal.....	78	sodium bicarbonate.....	55, 72	sulfamethoxazole-trimethoprim.....	38
sm cod liver oil.....	122	sodium bromide.....	55	SULFAMYLON.....	127
sm coenzyme q-10.....	110	sodium chloride.....	111, 127	sulfasalazine.....	74
sm cold & allergy childrens.....	94	sodium fluoride.....	112	sulindac.....	29
sm complete.....	122	sodium hydroxide.....	55	sumatriptan.....	105
sm complete advanced formula.....	122	sodium metabisulfite.....	55	sumatriptan succinate.....	105
sm complete senior formula.....	122	sodium perborate.....	55	sumatriptan succinate refill.....	105
sm coq-10.....	110	sodium phenylbutyrate.....	68	sunitinib malate.....	18
SM CORAL CALCIUM.....	115	sodium phosphate dibasic.....	55	SUPER NU-THERA.....	123
sm fexofenadine hcl.....	88	sodium phosphate monobasic.....	55	super vikaps.....	123
sm fiber.....	77	sodium polystyrene sulfonate.....	57	superplex-t.....	123
sm folic acid.....	122	sodium propionate.....	55	suphedrine 12hour.....	94
sm ibuprofen ib.....	28	sodium saccharin.....	110	SUPPOSIBLEND.....	55
sm ibuprofen jr.....	29	sodium sulfite.....	55	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	77
sm infants ibuprofen.....	29	solifenacin succinate.....	78	SUSPENDIT.....	55
sm iron.....	82	SOLQUA.....	60	SUTENT.....	18
sm iron slow release.....	82	SOLTAMOX.....	20	SYEDA.....	65
sm laxative.....	77	SOLU-CORTEF.....	69	SYMBICORT.....	88
sm lice killing.....	130	SOMATULINE DEPOT.....	68	SYMDEKO.....	89
sm lice killing max strength.....	130	SOMAVERT.....	68	SYMJEPI.....	89
sm loratadine.....	88	SOOTHE & COOL INZO.....		SYMPAZAN.....	98
sm lorata-dine d.....	94	ANTIFUNGAL.....	126	SYMTOZA.....	36
sm magnesium.....	115	sorbic acid.....	55	SYNAREL.....	68

SYNERCID.....	38	thera-m.....	123	TRIJARDY XR.....	59
SYNJARDY.....	59	THEREMS.....	123	TRIKAFTA.....	89
SYNJARDY XR.....	59	THEREMS-H.....	123	TRI-LEGEST FE.....	65
SYNRIBO.....	22	THEREMS-M.....	123	TRI-LINYAH.....	65
SYNTHROID.....	56	thiamine hcl.....	123	TRI-LO-ESTARYLLA.....	65
SYRSPEND SF ALKA.....	55	thioridazine hcl.....	104	TRI-LO-MARZIA.....	65
TAB-A-VITE.....	123	thiothixene.....	104	TRI-LO-MILI.....	65
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	123	threonine.....	110	TRI-LO-SPRINTEC.....	65
tab-a-vite/iron.....	123	THRIVE.....	108	trimethoprim.....	38
TABLOID.....	21	TIADYL ER.....	47	TRI-MILI.....	65
TABRECTA.....	18	tiagabine hcl.....	98	trimipramine maleate.....	101
tacrolimus.....	25, 131	TIBSOVO.....	19	TRINTELLIX.....	101
tactinal.....	33	tigecycline.....	44	TRI-NYMYO.....	65
tactinal extra strength.....	33	TILIA FE.....	65	triple antibiotic.....	128
TAFINLAR.....	18	timolol maleate.....	46, 83	triple antibiotic plus.....	128
TAGRISSO.....	18	TIVICAY.....	34, 35	TRI-PREVIFEM.....	65
talc.....	55	TIVICAY PD.....	35	TRI-SPRINTEC.....	65
TALTZ.....	24	tizanidine hcl.....	95	TRIUMEQ.....	36
TALZENNA.....	18	TOBRADEX.....	83	TRIVORA (28).....	65
tamoxifen citrate.....	20	TOBRADEX ST.....	83	TRI-VYLIBRA.....	65
tamsulosin hcl.....	79	tobramycin.....	38, 84	TRI-VYLIBRA LO.....	65
tangerine flavor.....	55	tobramycin sulfate.....	38	TROCHIBASE.....	55
tannic acid.....	131	tobramycin-dexamethasone.....	83	trochibase s.....	55
TARGRETIN.....	131	tolnaftate.....	126	TROCHIBASE S CLASSIC.....	55
TARINA 24 FE.....	65	tolterodine tartrate.....	78	TROGARZO.....	35
TARINA FE 1/20 EQ.....	65	tolterodine tartrate er.....	78	TROPHAMINE.....	116
tartaric acid.....	55	topiramate.....	98	trospium chloride.....	79
TASIGNA.....	18	TOPOSAR.....	22	TRULANCE.....	74
tazarotene.....	128	toremifene citrate.....	20	TRULICITY.....	59
TAZICEF.....	41	torsemide.....	49	TRUMENBA.....	27
TAZORAC.....	128	total b/c.....	123	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	19
TAZTIA XT.....	47	TOVIAZ.....	79	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	19
TAZVERIK.....	18	TPN ELECTROLYTES.....	111	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	19
TDVAX.....	27	TRADJENTA.....	59	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	19
TECENTRIQ.....	18	tramadol hcl.....	30	TRUXIMA.....	19
TEFLARO.....	41	tramadol-acetaminophen.....	30	trymine cg.....	94
telmisartan.....	44	trandolapril.....	50	TUKYSA.....	19
telmisartan-amlodipine.....	48	tranexamic acid.....	80	TULANA.....	65
telmisartan-hctz.....	48	tranylcypromine sulfate.....	101	TURALIO.....	19
temazepam.....	106	TRAVASOL.....	116	turpentine.....	55
TEMIXYS.....	36	TRAZIMERA.....	19	TUSNEL C.....	94
TENIVAC.....	27	trazodone hcl.....	101	tusnel diabetic.....	94
tenofovir disoproxil fumarate.....	34	TRECTOR.....	35	TUSSICAPS.....	94
TEPMETKO.....	19	TRELEGY ELLIPTA.....	88	tussin cf.....	94
terazosin hcl.....	45	TRELSTAR MIXJECT.....	20	tussin cf cough & cold.....	94
terbinafine hcl.....	36, 126	treprostinil.....	50	tussin dm.....	94
terbutaline sulfate.....	85	TRESIBA.....	60	tussin dm max.....	94
terconazole.....	78	TRESIBA FLEXTOUCH.....	60	tussin mucus+chest congestion.....	94
testosterone.....	57	tretinoin.....	22, 126, 127	tutti frutti concentrate.....	55
testosterone cypionate.....	57	triamcinolone acetonide.....	125, 129	TWINRIX.....	27
testosterone enanthate.....	57	triamterene-hctz.....	49	TYBOST.....	35
tetrabenazine.....	105	tri-biozene.....	128	TYDEMY.....	66
tetracycline hcl.....	44	tri-buffered aspirin.....	33	TYMLOS.....	70
tgt eye allergy relief.....	82	TRICARE.....	112	TYPHIM VI.....	27
THALOMID.....	22	TRIDERM.....	129	U-BASE.....	55
THEO-24.....	89	trientine hcl.....	57	UBRELVY.....	105
theophylline.....	89	TRI-ESTARYLLA.....	65	UKONIQ.....	19
theophylline er.....	89	trifluoperazine hcl.....	104	unibase.....	55
THERA.....	123	trifluridine.....	84		
THERA M PLUS.....	123	trihexyphenidyl hcl.....	95		

<i>unicomplex-m</i>	123	<i>vitamin b-12</i>	123	XULTOPHY.....	60
UNITHROID.....	56	<i>vitamin b-12 er</i>	123	<i>xylitol</i>	56
URO-MAG.....	72	<i>vitamin b-6</i>	123, 124	XYREM.....	106
<i>ursodiol</i>	74	<i>vitamin c</i>	124	YF-VAX.....	27
<i>valacyclovir hcl</i>	40	<i>vitamin c er</i>	124	<i>yl coenzyme q10</i>	110
VALCHLOR.....	131	<i>vitamin d</i>	124	YUVAFEM.....	69
<i>valganciclovir hcl</i>	40	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	124	ZAFEMY.....	66
<i>valproate sodium</i>	98	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	124	<i>zafirlukast</i>	90
<i>valproic acid</i>	98	<i>vitamin d3</i>	124	<i>zaleplon</i>	106
<i>valsartan</i>	44	<i>vitamin e</i>	124	ZARAH.....	66
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>vitamin e succinate</i>	56	ZARXIO.....	80
VALTOCO 10 MG DOSE.....	98	<i>vitamin k1</i>	56, 124	ZEJULA.....	20
VALTOCO 15 MG DOSE.....	98	<i>vitamins/minerals</i>	124	ZELBORAF.....	20
VALTOCO 20 MG DOSE.....	98	VITRAKVI.....	19	ZEMAIRA.....	90
VALTOCO 5 MG DOSE.....	99	VIVITROL.....	108	ZENATANE.....	127
VANADOM.....	95	VIZIMPRO.....	19	ZENPEP.....	75
<i>vancomycin hcl</i>	39	<i>v-max</i>	56	ZERVIAE.....	82
<i>vancomycin hcl in nacl</i>	38	<i>voriconazole</i>	37	<i>zidovudine</i>	35
VANDAZOLE.....	78	VOSEVI.....	40	<i>zinc</i>	115
VANIBASE.....	55	VOTRIENT.....	19	<i>zinc chloride</i>	116
VAQTA.....	27	VRAYLAR.....	104	<i>zinc gluconate</i>	115
VARIVAX.....	27	VYFEMLA.....	66	<i>zinc sulfate</i>	115
VASCEPA.....	45	VYLIBRA.....	66	<i>ziprasidone hcl</i>	104
<i>veegum</i>	55	VYZULTA.....	83	<i>ziprasidone mesylate</i>	104
VELCADE.....	19	<i>warfarin sodium</i>	79	ZIRABEV.....	20
VELIVET.....	66	<i>wee care</i>	82	ZIRGAN.....	84
VELTASSA.....	57	WERA.....	66	<i>zoledronic acid</i>	70
VEMLIDY.....	40	<i>white petrolatum</i>	56	ZOLINZA.....	20
VENCLEXTA.....	19	WITEPSOL.....	56	<i>zolmitriptan</i>	105
VENCLEXTA STARTING PACK.....	19	<i>womans laxative</i>	77	<i>zolpidem tartrate</i>	106
<i>venlafaxine hcl</i>	101	<i>womens one daily</i>	124	<i>zonisamide</i>	99
<i>venlafaxine hcl er</i>	101	WYMZYA FE.....	66	<i>zoo friends</i>	125
VENOFER.....	82	XALKORI.....	19	<i>zoo friends complete</i>	125
VENTAVIS.....	50	<i>xanthan gum</i>	56	<i>zoo friends gummies</i>	125
VENTOLIN HFA.....	85	XARELTO.....	79, 80	<i>zoo friends plus extra c</i>	125
<i>verapamil hcl</i>	47	XARELTO STARTER PACK.....	80	ZORTRESS.....	25
<i>verapamil hcl er</i>	47	XATMEP.....	26	ZOSTAVAX.....	27
VERSACLOZ.....	104	XCOPRI.....	99	ZOSTRIX HP.....	131
<i>versatile cream base</i>	55	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....	99	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF.....	131
VERSIGEL.....	55	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....	99	ZOVIA 1/35E (28).....	66
VERZENIO.....	19	XELJANZ.....	24	ZUMANDIMINE.....	66
VESTURA.....	66	XELJANZ XR.....	24	ZYDELIG.....	20
V-GO 20.....	60	XGEVA.....	70	ZYKADIA.....	20
V-GO 30.....	60	XIFAXAN.....	74	ZYLET.....	83
V-GO 40.....	60	XIGDUO XR.....	59	ZYPREXA RELPREVV.....	104
VICTOZA.....	59	XIIDRA.....	85	ZYTIGA.....	20
VIENVA.....	66	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	40		
<i>vigabatrin</i>	99	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	40		
VIGADRONE.....	99	XOLAIR.....	90		
VIIBRYD.....	101	XOSPATA.....	19		
VIIBRYD STARTER PACK.....	101	XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	19		
VIMPAT.....	99	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	19		
<i>vincristine sulfate</i>	22	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	19		
<i>vinorelbine tartrate</i>	22	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	19		
<i>viorele</i>	66	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	19		
VIRACEPT.....	35	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	20		
VIREAD.....	35	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	20		
<i>vita-bee/c</i>	123	XTANDI.....	20		
<i>vitamin a</i>	123	XULANE.....	66		
<i>vitamin b-1</i>	123				