



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **2022 Formulário: Lista de Medicamentos Abrangidos**

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY 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 solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 2/22/2022.

Neighborhood INTEGRITY| 2022 *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?	5
B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?	6
B4. Existem restrições ou limites na cobertura de medicamentos ou ações necessárias para obter determinados medicamentos?	8
B5. Como saberei se o medicamento que desejo tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?	8
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)?	8
B7. Como posso encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?	9
B8. E se o medicamento que eu desejo tomar não estiver na Lista de Medicamentos?	9
B9. E se eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver algum problema para obtê-lo?	9
B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?	10

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B11. Como é que posso pedir uma exceção?	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	11
B13. O que são medicamentos genéricos?	11
B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?.....	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?	12
B16. Qual é o meu copagamento?	12
B17. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	12
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	136



A. Isenção de Responsabilidade

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

- ❖ A qualquer momento, você pode verificar a *Lista de Medicamentos Cobertos* atualizada do Neighborhood INTEGRITY através da página www.nhpri.org/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.
- ❖ ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-812-6896 (TTY 711), 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. 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 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. 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

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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**, são medicamentos cobertos 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 o reabastecimento da receita (aviar a receita) numa farmácia da rede Neighborhood INTEGRITY.
- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para aceder 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 Rhode Island 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.)

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- 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.
- 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

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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**
 - Alterámos 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 reabastecimento.

Isto irá dar-lhe tempo para conversar com o seu médico ou outro provedor. Ele pode 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.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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 **15-135**. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicamos documentos online que explicam a nossa autorização prévia e terapia por etapas. Também pode solicitar-nos o envio de uma cópia.

Pode solicitar uma exceção destes limites. Isto irá dar-lhe tempo para conversar com o seu médico ou outro prescritor. Ele 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 saberei se o medicamento que desejo tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?

A tabela de medicamentos na página **15** tem uma coluna intitulada “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.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B7. Como posso 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 **136**.

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.

B8. E se o medicamento que eu desejo tomar 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 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 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 eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu 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

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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 montante solicitado pelo seu médico, **ou**
- o medicamento requer aprovação prévia do Neighborhood INTEGRITY, **ou**
- 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.

As transições de Nível de Cuidado são permitidas para membros que tiveram alta de uma instituição de longa permanência nos últimos 30 dias. Iremos cobrir um suprimento de 30 dias do medicamento que precisa (a menos que tenha uma receita para menos dias), quer seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

As transições de Nível de Cuidado também são permitidas para membros admitidos numa instituição de cuidados de longo prazo nos últimos 30 dias. Iremos cobrir um suprimento de 31 dias do medicamento que precisa (a menos que tenha uma receita para menos dias ou a receita seja para um produto de marca), Seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?

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

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Também pode pedir-nos 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 posso 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.

B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

Depois de recebermos uma declaração do seu médico a apoiar a sua solicitação de exceção, iremos dar-lhe uma decisão em 72 horas. O seu médico deve enviar a declaração por fax para 1-855-829-2875.

Se você ou o seu prescritor pensam que a sua saúde pode ser prejudicada se tiver de esperar 72 horas por uma decisão, poderá solicitar uma exceção urgente. Esta é uma decisão mais rápida. Se o prescritor 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 médica pelo seu médico.

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

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns produtos OTC não medicamentosos quando prescritos pelo seu para prescritor.

Exemplos de produtos OTC não medicamentosos incluem certos suprimentos para exames de urina ou sangue e certos agentes aromatizantes ou corantes que podem ser adicionados a medicamentos líquidos.

Pode ler a lista de medicamentos do Neighborhood INTEGRITY para descobrir quais são os produtos OTC não medicamentosos cobertos.

B16. Qual é o meu copagamento?

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

B17. O que são níveis de medicamentos?

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

- Os medicamentos de Nível um são medicamentos genéricos. quando
- Os medicamentos de Nível 2 são medicamentos de marca.
- os medicamentos de Nível 3 são medicamentos prescritos que não pertencem ao Medicare e medicamentos OTC

Todos os níveis não têm copagamento.

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 **136**. 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 avia 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.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Ajuda Extra 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 têm regras diferentes para 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.

C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

Os medicamentos nesta secção 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 secção que encontrará medicamentos que tratam problemas de coração.

Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



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

PA = Autorização prévia (aprovação): deve ter a aprovação do plano antes de obter este medicamento.

ST = Terapia por etapas: deve tentar outro medicamento antes de conseguir este.

QL = Limite de Quantidade: Neighborhood INTEGRITY limita a quantidade de medicamento que pode obter.

B/D = Este medicamento pode ser coberto pelo Medicare Parte B ou Parte D. Dependendo das circunstâncias, uma autorização prévia (aprovação) pode ser necessária. Pode ser necessário enviar informações descrevendo por que motivo e onde (em que ambiente) está a usar este medicamento.

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

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.

Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

DATA EFETIVA: 3/1/2022

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
carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml	\$0, Nível 1	B/D
cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml	\$0, Nível 1	B/D
cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 500 mg	\$0, Nível 2	B/D; NDS
cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/5ml, 2 gm/10ml, 500 mg/2.5ml	\$0, Nível 2	B/D; NDS
cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	B/D
cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	B/D
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nível 2	
oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml	\$0, Nível 1	B/D
oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$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
bortezomib intravenous solution reconstituted 3.5 mg	\$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; QL (60 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
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 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; 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	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 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 (30 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 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

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
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
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; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (63 per 28 days); 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; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); 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

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
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 28 days); NDS
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; QL (120 per 30 days); 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
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (300 per 30 days); 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
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	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 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
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
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; QL (56 per 28 days); 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

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 (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
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; QL (90 per 30 days); 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 Antineoplásticos 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	NDS
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

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
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
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
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<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		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$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
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (70 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (91 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (49 per 28 days); 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
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; 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, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 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

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 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, 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
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; 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

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
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 (1 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
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

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
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
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 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; QL (8 per 28 days); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); 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, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 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, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<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

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
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	
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 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$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	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0, Nível 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0, Nível 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nível 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$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
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	
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
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
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	
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)

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>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</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<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>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg</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 infants drops suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml</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
<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	

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>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<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>qc childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</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
<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 Opióides 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, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 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

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>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)
<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>8 hour arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>8hr muscle aches & pain tablet extended release 650 mg oral 650 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>acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</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>acetaminophen tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 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 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
<i>aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE TABLET DELAYED RELEASE 81 MG ORAL 81 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$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 arthritis relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 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 acetaminophen ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 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 325 mg oral 325 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 & fever infants 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>gnp pain relief tablet 325 mg oral 325 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 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm adult aspirin tablet 325 mg oral 325 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
<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 relief tablet extended release 650 mg oral 650 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 reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</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
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL 160 MG	\$0, Nível 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL 80 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>m-pap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</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 relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain relief regular strength tablet 325 mg oral 325 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 enteric 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>qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 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>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief 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>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
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
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	
<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 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	

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>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	
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	

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>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
TRECTOR 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 30-120-15 MG, 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
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
<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

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
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 1	
<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	PA; 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	PA; 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	PA; QL (93 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 365 days)
<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 1	
<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	

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 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, 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
<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

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>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
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 1	
<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	
<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

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
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 PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
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 PACKET 50-20 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
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/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); 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	
<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 2	NDS
<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	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 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
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nível 2	QL (1 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 intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 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	
<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, 6 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 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 7.5 gm, 750 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>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	\$0, Nível 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 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	NDS
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 333 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$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>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	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 15 (10-5) 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	

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>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 1	
<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	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 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	

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
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	
<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	

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>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)
<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 134 mg, 200 mg, 67 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	
<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	

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
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)
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0, Nível 1	
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	\$0, Nível 1	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0, Nível 1	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0, Nível 1	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0, Nível 1	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 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>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	
<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)

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>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	
<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		
<i>ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML</i>	\$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	

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>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	
<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)
<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	

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>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	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$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/1hr, 0.2 mg/1hr, 0.4 mg/1hr, 0.6 mg/1hr</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0, Nível 1	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/ml oral 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate 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 1	QL (180 per 30 days)
<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	

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>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	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
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

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
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)
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)
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)

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
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)
<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)

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
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
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	

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
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nível 2	PA; QL (3 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)
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	
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	

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
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	
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	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 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	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$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	

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
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	
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	

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
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	
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 24 FE 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	

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
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 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	
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	

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
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	
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	
ZOVIA 1/35 (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
<i>carglumic acid oral tablet 200 mg</i>	\$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
<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

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>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	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS 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	\$0, Nível 2	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 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 gml/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>nitisinone 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
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<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

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
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
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL 120 MG	\$0, Nível 3	DP
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	
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	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 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
Glucocorticóides		
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	
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	

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>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</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	
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>alum & mag hydroxide-simeth suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alumina-magnesia-simethicone suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$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 regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 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/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>gnp antacid & anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp antacid regular strength 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 suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 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 tablet 400 mg oral 400 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 420 mg oral 420 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>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>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 advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 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
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</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>goodsense stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal tablet 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 suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loperamide hcl tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peptic relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 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>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
<i>sm stomach relief tablet 262 mg oral 262 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 chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg</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)
<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
<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	

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>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>gas relief drops infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants simethicone suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
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>mi-acid gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<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)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL 250 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL 60-1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief antiflatuent capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</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 gas relief tablet chewable 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
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	PA; NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<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	
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	

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>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>docusate calcium capsule 240 mg oral 240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal 283 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc) 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DOK CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</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>fiber laxative tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber-lax tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL 7-19 GM/118ML	\$0, Nível 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA RECTAL	\$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	
<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

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>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (adult) suppository 2 gm rectal 2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (pediatric) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin adult suppository 2 gm rectal 2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin childrens suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp enema enema rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal 2.1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal 1.2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber capsule 0.52 gm oral 0.52 gm</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/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 2	
<i>goodsense epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 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>laxative max str tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</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>milk of magnesia suspension 2400 mg/30ml oral 2400 mg/30ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 7.75 % oral 7.75 %</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
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 1 GM RECTAL 1 GM	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350 packet 17 gm oral 17 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350 powder 17 gm/scoop oral 17 gm/scoop</i>	\$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 enema enema 16-6 gm/133ml rectal 16-6 gm/133ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral 0.52 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml</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 stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SENEXON-S TABLET 8.6-50 MG ORAL 8.6-50 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>senna capsule 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna liquid 8.8 mg/5ml oral 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna plus tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</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 syrup 8.8 mg/5ml oral (otc) 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</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

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>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>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 enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</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 fiber tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative capsule 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener plus 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>vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>womens laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

GENITOURINÁRIO

Anti-Infecciosos Vaginais

<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<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

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>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-suppl 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)
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	

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 citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0, Nível 1	
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 SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (620 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
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

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>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		
<i>active fe tablet 75-1.25 mg oral 75-1.25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL 150-1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>corvite fe tablet oral</i>	\$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
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL 75-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FERIVAFA CAPSULE 110-1 MG ORAL 110-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL 90-1 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>ferraplus 90 tablet 90-1 mg oral 90-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral 325 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS 12.5 MG/ML	\$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 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
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL 105-500-0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL 65-65-25-30 MG	\$0, Nível 3	DP
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral 142 (45 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN CAPSULE ORAL (RX)	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL 200-250-0.01-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FORTE CAPSULE 460-60-0.01-1 MG ORAL (RX) 460-60-0.01-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL 106-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE-F TABLET 324-1 MG ORAL 324-1 MG	\$0, Nível 3	DP
IFEREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION 50 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS 750 MG/15ML	\$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
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral 240 (27 fe) 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>kp ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 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
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM 50 CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nível 3	DP
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
NUFERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral 47.5 mg</i>	\$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>tl-hem 150 tablet 150-1 mg oral 150-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS 272 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 mg oral 460-60-0.01-1 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	
OFTALMOLOGICO		
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	

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 ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	
LASTACFT 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 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nível 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$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 (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</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	

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
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-Infecciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
<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	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$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
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	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>artificial tears solution 1.4 % ophthalmic 1.4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 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
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.2-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic 5-6 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
GONAK SOLUTION 2.5 % OPHTHALMIC 2.5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic 0.2-0.2-1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nível 2	
ISOPTO TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</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>lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC 5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC 1-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPHTHALMIC 1.4-0.6 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ointment 5 % ophthalmic 5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic 5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$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
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL 0.3 % OPHTHALMIC 0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4- 0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4- 0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS PF SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nível 3	DP
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP

ÓTICO

Agentes Óticos

<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 acetonide 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	

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 (nda020503)</i>	\$0, Nível 1	QL (13.4 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)

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
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
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0, Nível 1	
Anti-Histamínicos		
<i>24hr allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</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 24-hr tablet 180 mg oral 180 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 childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy rel child (loratadine) solution 5 mg/5ml oral 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 childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml</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 relief tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief tablet 5 mg oral 5 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

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
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 childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens tablet chewable 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg</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
<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 childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 1 mg/ml oral 1 mg/ml</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

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 allergy antihistamine liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral 25 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 loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</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>gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense aller-ease tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral 4 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 cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</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
<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>liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 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>loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine 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
<i>m-dryl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</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 childrens allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc 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 childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief capsule 25 mg oral 25 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 25 mg oral 25 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 allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg</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)

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
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
<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 2.5 MG/2.5ML	\$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

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
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	
TRIKAF TA 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
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	

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
Tosse E Constipação		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</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 relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief 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
<i>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
BENZEDREX INHALER NASAL	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 150 mg oral 150 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 200 mg oral 200 mg</i>	\$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>chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chest congestion relief syrup 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>coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral 200-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 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

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>cough/chest congestion dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 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
DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diabetic siltussin-dm max st liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 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 allergy/congestion relief 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 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 nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nose drops extra strength solution 1 % nasal 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 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
<i>gnp tussin cough long acting syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 mucus & chest cong liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaiaitussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin liquid 100 mg/5ml oral 100 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 tablet 200 mg oral (otc) 200 mg</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
HISTEX-AC SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML ORAL 10-2.5-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy & congestion tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</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 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 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 nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nose drops solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</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
HYCODAN SYRUP 5-1.5 MG/5ML ORAL 5-1.5 MG/5ML	\$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 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg</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
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL 225-7.5 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$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
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL 400 MG/20ML	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus & chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus relief chest congestion tablet 200 mg oral 200 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe 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>nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal four solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal relief solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL 200-8 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$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>promethazine-phenyleph-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml oral 6.25-5-10 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>qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN DM COUGH LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML	\$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
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL 200 MG/10ML	\$0, Nível 3	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$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>silphen dm cough syrup 10 mg/5ml oral 10 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
<i>sinus 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus relief extra strength solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 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 nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal 1 %</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

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 tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation 7 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 MG ORAL 30 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
TESSALON PERLES CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$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
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL 10-8 MG	\$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 cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cough syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm cough + chest liquid 10-100 mg/5ml oral 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 liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</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 congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 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
<i>tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin a/c solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 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>virtussin ac w/alcl liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin dac solution 30-10-100 mg/5ml oral 30-10-100 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 solution 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<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

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>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)
<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
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	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 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
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); 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	
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	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0, Nível 2	
<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	

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>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	
<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	
<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; QL (2300 per 28 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (480 per 30 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 30 days); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0, Nível 2	QL (360 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
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)

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>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	
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	\$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)

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>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)
<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)

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
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	
<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 2	PA; 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	PA; 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

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
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 1	QL (900 per 30 days)
<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 1	QL (60 per 30 days)
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
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
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (135 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (270 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$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
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 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>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$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
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/0.88ML	\$0, Nível 2	QL (0.88 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	\$0, Nível 2	QL (1.32 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/2.63ML	\$0, Nível 2	QL (2.63 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	

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
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)
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	QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0, Nível 2	
<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

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
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; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; 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	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nível 2	
NUEDEXTA 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	PA; QL (40 per 28 days)
<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)

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>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)
<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; QL (30 per 30 days); 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	
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nível 3	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>benzphetamine hcl tablet 50 mg oral 50 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>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; QL (56 per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nível 2	PA; QL (106 per 365 days)
<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 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr</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 2 mg mouth/throat 2 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 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 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>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
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL 8 MG	\$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>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</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	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL 14 MG/24HR	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<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
<i>nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr</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
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral 30 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 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 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</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
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (56 per 28 days)
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)

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>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)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<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 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>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>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>coq-10 capsule extended release 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>eql coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp melatonin tablet 3 mg oral 3 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
H2Q CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>hm coq10 capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/4ml oral 1 mg/4ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin tablet 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin tablet 3 mg oral 3 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL 30 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>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg</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 %</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	

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>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	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/lI-%-%, 20-5-0.2 meq/lI-%-%, 20-5-0.45 meq/lI-%-%, 20-5-0.9 meq/lI-%-%, 30-5-0.45 meq/lI-%-%, 40-5-0.45 meq/lI-%-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/lI-%-%</i>	\$0, Nível 2	
<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/lI-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/lI-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/lI-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/lI-% intravenous 20-0.45 meq/lI-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/lI-% intravenous 20-0.45 meq/lI-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml</i>	\$0, Nível 2	
<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, Orais		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$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
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>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	
<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 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 electrolyte solution solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<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		
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 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/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>calcium 500/d tablet chewable 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/vitamin d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 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
<i>calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral 1250 mg/5ml</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 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 tablet chewable 500-100 mg-unit oral 500-100 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-folic acid plus d wafer 1342-1 mg oral 1342-1 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>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 citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 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
<i>hm zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magdelay tablet delayed release 70 mg oral 70 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>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
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL 80-115 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 chloride tablet delayed release 64 mg oral 64 mg</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
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous 0.1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG ORAL 71.5-119 MG	\$0, Nível 3	DP
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL 500-600 MG-UNIT	\$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
<i>oyster shell calcium 500 + 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
<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-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 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>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>zinc gluconate tablet 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>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
<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 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
MULTITRACE-4 NEONATAL SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML INTRAVENOUS 100-25-1500 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-4 PEDIATRIC SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML INTRAVENOUS 1-100-25-1000 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>multitrace-5 concentrate solution 10-1000-500-60 mcg/ml intravenous 10-1000-500-60 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-5 SOLUTION 4-400-100-20 MCG/ML INTRAVENOUS 4-400-100-20 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$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
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
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous 60 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
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
ANIMI-3 CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
ANIMI-3/VITAMIN D CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</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
<i>b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg oral 5000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 mg oral 1000 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 extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
CARDIOTEK RX TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>centamin liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL 18 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable vite childrens 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>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 4000-200 unit oral 4000-200 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
CORVITA TABLET 1.25 MG ORAL 1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</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
<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
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL 250 MCG (10000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL 625 MCG (25000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DERMACINRX PUREFOLIX TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$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 SUPREME D TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$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
DRISDOL CAPSULE 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
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL 1000 MG	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>eqi b complex 50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$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>fabbb tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL 0.25 MG/ML	\$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>folite tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0, Nível 3	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL 500-1 MCG-MG	\$0, Nível 3	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes supervision capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily plus iron 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 vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet extended release 500 mg oral 500 mg</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>hm niacin tablet extended release 250 mg oral 250 mg</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>hm vitamin b100 complex tablet oral</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 b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b50 complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin c tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</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 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
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral 7.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 tablet 3-35-2 mg oral 3-35-2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methyl-mc nac tablet 6-2-600 mg oral 6-2-600 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral 6-1-50-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$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
MEPHYTON TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc) 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (rx) 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (rx) 0.5 mg/ml</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>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx) 0.25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral 0.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral (rx) 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL 0.25 MG	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL 0.5 MG	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL 500 MCG/0.1ML	\$0, Nível 3	DP
NEPHPLEX RX TABLET ORAL	\$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 tablet 500 mg oral (otc) 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL 750-27-2-0.5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLUTION 10 MG/ML ORAL 10 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE 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
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml</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 tablet 27-0.8 mg oral (otc) 27-0.8 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

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
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-100 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (otc) 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (rx) 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b100 complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b-complex 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 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 vitaminsliron tablet oral</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 b1 tablet 100 mg oral 100 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 b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 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 cr tablet extended release 500 mg oral 500 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 d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 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>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>span c tablet oral</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
STROVITE FORTE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
STROVITE ONE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER QUINTS B-50 TABLET ORAL	\$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-viteliron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS 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>thiamine mononitrate tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thrivite 19 tablet 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>total b/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triphrocaps capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
UDAMIN SP TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>virt-caps capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL 2.2-25-1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>vita-beel/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
VITAFOL TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$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 100 mg oral 100 mg</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 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

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-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 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
<i>vitamin c er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c er tablet 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 c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c-rose hips tr tablet extended release 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 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

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 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 acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamins for hair capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>vp-vite rx tablet 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>westab mini tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP

TÓPICO

Agentes De Boca/Garganta/Dentários

CEPACOL SORE THROAT & COUGH LOZENGE 5-7.5 MG MOUTH/THROAT 5-7.5 MG	\$0, Nível 3	DP
<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
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

ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL OINTMENT 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal 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>antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal powder 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot spray aerosol 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL 2-0.1 %	\$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
<i>butenafine hcl cream 1 % external 1 %</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 anti-fungal cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<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)
DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$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
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>itch relief extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</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
MICRO GUARD POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$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)

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>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>qc anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolinaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
REMEDY ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$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 anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</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 antifungal 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
ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$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)
BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL 5.3 %	\$0, Nível 3	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT FOAM 9.8 % EXTERNAL 9.8 %	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nível 1	QL (46.6 per 30 days)
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	QL (60 per 30 days)
<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

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
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	QL (118 per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<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	QL (180 per 30 days)
<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>first aid antibiotic ointment 3.5-400-5000 mg-unit external 3.5-400-5000 mg-unit</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	QL (30 per 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment external</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 triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</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

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
<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	QL (453.6 per 30 days)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic+pain relief 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 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	QL (60 per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<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)

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>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)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<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	QL (118.28 per 30 days)
<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, Escabícidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<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>hm lice treatment liquid 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>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing shampoo 4-0.33 % external 4-0.33 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
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>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice solution kit kit 0.33-4-0.5 % combination 0.33-4-0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice treatment lotion 1 % external 1 %</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>antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>arthritis pain relieving cream 0.075 % external 0.075 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external 8-8 %</i>	\$0, Nível 3	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL 0.44-20.6 %	\$0, Nível 3	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>capsaicin cream 0.1 % external 0.1 %</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)
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL 4 %	\$0, Nível 3	DP
<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>gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin liquid 0.15 % external 0.15 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</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>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relief patch 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relieving patch 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
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
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (7 per 28 days)
<i>povidone-iodine ointment 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
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>qc calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc povidone iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (100 per 30 days)
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
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL 6.25 %	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
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>ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm earwax removal aid solution 6.5 % otic 6.5 %</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 RESTRICÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %</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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	91	all day allergy.....	85	amphotericin b.....	37
12 hour nasal decongestant.....	91	all day allergy childrens.....	85	ampicillin.....	43
12 hour nasal spray.....	91	all day allergy d.....	91	ampicillin sodium.....	43
24hr allergy relief.....	85	all day allergy-d.....	91	ampicillin-sulbactam sodium.....	43
3 day vaginal.....	74	all-day allergy childrens.....	85	anagrelide hcl.....	76
8 hour arthritis pain reliever.....	30	aller-chlor.....	85	anastrozole.....	20
8 hr arthritis pain relief.....	30	aller-ease.....	85	ANDRODERM.....	53
8hr muscle aches & pain.....	30	allergy.....	85	ANIMAL SHAPES.....	119
abacavir sulfate.....	34	allergy 24-hr.....	85	animal shapes/iron.....	119
abacavir sulfate-lamivudine.....	36	allergy childrens.....	85	ANIMI-3.....	119
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	36	allergy rel child (loratadine).....	85	ANIMI-3/VITAMIN D.....	119
ABELCET.....	37	allergy relief.....	85	ANORO ELLIPTA.....	88
ABILIFY MAINTENA.....	104, 105	allergy relief childrens.....	85	antacid.....	66
abiraterone acetate.....	20	allergy relief d.....	91	antacid anti-gas max strength.....	66
ABRAXANE.....	22	allergy relief d-12.....	91	antacid fast relief.....	66
acamprosate calcium.....	109	allergy relief d-24.....	91	antacid maximum strength.....	66
acarbose.....	53	allergy relief/nasal decongest.....	91	antacid plus anti-gas fast act.....	66
ACCUTANE.....	129	allergy relief-d.....	91	antacid plus anti-gas relief.....	66
acebutolol hcl.....	46	allergy/congestion relief.....	91	antacid regular strength.....	66
acetaminophen.....	31	allergy-time.....	85	antacid/anti-gas.....	66
acetaminophen childrens.....	31	allopurinol.....	34	anti-diarrheal.....	67
acetaminophen er.....	31	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	65	antifungal.....	128
acetaminophen extra strength.....	31	ALOE VESTA CLEAR.....		anti-fungal.....	127, 128
acetaminophen infants.....	31	ANTIFUNGAL.....	127	antifungal (tolnaftate).....	127
acetaminophen-codeine.....	29	alosetron hcl.....	68	antifungal clotrimazole.....	127
acetaminophen-codeine #3.....	29	ALPHAGAN P.....	80	anti-itch.....	128
acetazolamide.....	49	alprazolam.....	99	antiseptic skin cleanser.....	133
acetazolamide er.....	49	ALREX.....	81	aprepitant.....	68
acetic acid.....	75, 84	ALTAVERA.....	56	APRI.....	56
acetylcysteine.....	89	alum & mag hydroxide-simeth.....	65	APTIO.....	99
acitretin.....	131	alumina-magnesia-simethicone.....	65	APTIVUS.....	34
ACTHIB.....	26	aluminum hydroxide gel.....	65	AQUADEKS.....	119
ACTIMMUNE.....	25	ALUNBRIG.....	15	aqueous vitamin d.....	119
active fe.....	77	alyacen 1/35.....	56	ARALAST NP.....	89
acyclovir.....	40	alyacen 7/7/7.....	56	ARANELLE.....	56
acyclovir sodium.....	40	AMABELZ.....	63	ARCALYST.....	25
ADACEL.....	26	amantadine hcl.....	98	aripiprazole.....	105
adefovir dipivoxil.....	40	AMBISOME.....	37	ARISTADA.....	105
ADEMPAS.....	50	ambrisentan.....	50	ARISTADA INITIO.....	105
ADIPEX-P.....	109	AMETHIA.....	56	armodafinil.....	109
ADRENALIN.....	49	amikacin sulfate.....	37	ARNUITY ELLIPTA.....	90
ADRIAMYCIN.....	21	amiloride hcl.....	49	arthritis pain relief.....	31
ADVAIR DISKUS.....	89	amiloride-hydrochlorothiazide.....	49	arthritis pain reliever.....	31
ADVAIR HFA.....	89	AMINOSYN-PF.....	118	arthritis pain relieving.....	133
AFINITOR.....	15	amiodarone hcl.....	45	artificial tears.....	82
AFINITOR DISPERZ.....	15	amitriptyline hcl.....	103	ascorbic acid.....	119
AFIRMELLE.....	56	amlodipine besy-benazepril hcl.....	49	asenapine maleate.....	105
AIMOVIG.....	108	amlodipine besylate.....	47	ASHLYNA.....	56
ala-cort.....	131	amlodipine besylate-valsartan.....	48	aspirin.....	31
albendazole.....	37	amlodipine-olmesartan.....	48	aspirin ec.....	31
albuterol sulfate.....	84	amlodipine-valsartan-hctz.....	48	aspirin-dipyridamole er.....	79
albuterol sulfate hfa.....	84	ammonium lactate.....	133	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
alclometasone dipropionate.....	131	AMNESTEEM.....	129	SYR.....	55
ALDURAZYME.....	61	amoxapine.....	103	atazanavir sulfate.....	34
ALECENSA.....	15	amoxicillin.....	43	atenolol.....	46
alendronate sodium.....	64	amoxicillin-pot clavulanate.....	43	atenolol-chlorthalidone.....	46
alfuzosin hcl er.....	76	amoxicillin-pot clavulanate er.....	43	athletes foot (terbinafine).....	128
ALIMTA.....	21	amphetamine-dextroamphet er.....	112	athletes foot powder spray.....	128
aliskiren fumarate.....	49	amphetamine-dextroamphetamine.....	112	athletes foot spray.....	128

<i>atomoxetine hcl</i>	112	<i>betamethasone dipropionate</i>	131	<i>c-500</i>	119
<i>atorvastatin calcium</i>	46	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	131	<i>cabergoline</i>	61
<i>atovaquone</i>	37	<i>betamethasone valerate</i>	131	CABOMETYX.....	15
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39	BETASERON.....	109	<i>calamine phenolated</i>	133
<i>atropine sulfate</i>	82	<i>betaxolol hcl</i>	46, 80	<i>calamine-zinc oxide</i>	133
ATROVENT HFA.....	85	<i>bethanechol chloride</i>	75	CALCI-CHEW.....	115
AUBRA EQ.....	56	BETOPTIC-S.....	80	<i>calcipotriene</i>	131
AUROVELA 1/20.....	56	BEVESPI AEROSPHERE.....	88	<i>calcitonin (salmon)</i>	65
AUROVELA 24 FE.....	56	<i>bexarotene</i>	22	CALCITRATE.....	115
AUROVELA FE 1.5/30.....	56	BEXSERO.....	26	CALCITRENE.....	131
AUROVELA FE 1/20.....	56	<i>bicalutamide</i>	20	<i>calcitriol</i>	52
AUSTEDO.....	108	BICILLIN L-A.....	43	<i>calcium</i>	116
AVASTIN.....	15	BIKTARVY.....	36	<i>calcium 500 + d</i>	115
AVIANE.....	56	<i>biotin</i>	119	<i>calcium 500/d</i>	115, 116
AVITA.....	129	<i>bisacodyl</i>	71	<i>calcium 500/vitamin d</i>	116
AYUNA.....	56	<i>bisacodyl ec</i>	71	<i>calcium 600</i>	116
AYVAKIT.....	15	<i>bismatrol</i>	67	<i>calcium 600+d</i>	116
<i>azacitidine</i>	21	<i>bisoprolol fumarate</i>	46	<i>calcium 600-d</i>	116
<i>azathioprine</i>	25	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	46	<i>calcium acetate</i>	51
<i>azelastine hcl</i>	79, 85	BIVIGAM.....	24	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	51
<i>azithromycin</i>	42	BLEPHAMIDE S.O.P.....	80	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	116
<i>aztreonam</i>	37	BLISOVI 24 FE.....	56	<i>calcium carbonate</i>	116
AZURETTE.....	56	BLISOVI FE 1.5/30.....	56	<i>calcium carbonate antacid</i>	116
<i>b complex</i>	119	BOOSTRIX.....	26	<i>calcium high potency</i>	116
<i>b complex-c</i>	119	<i>bortezomib</i>	15	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	116
<i>b-1</i>	119	<i>bosentan</i>	50	<i>calcium-folic acid plus d</i>	116
<i>b-12 tr</i>	119	BOSULIF.....	15	<i>calcium-vitamin d3</i>	116
<i>bacitracin</i>	81, 130	<i>bp vit 3</i>	119	CALMOSEPTINE.....	133
<i>bacitracin zinc</i>	130	BRAFTOVI.....	15	CALQUENCE.....	15
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	81	BREO ELLIPTA.....	89	CAMILA.....	57
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	80	BREZTRI AEROSPHERE.....	88	CAMRESE.....	57
<i>baclofen</i>	98	<i>briellyn</i>	56	CAMRESE LO.....	57
<i>balsalazide disodium</i>	70	BRILINTA.....	79	<i>candesartan cilexetil</i>	45
BALVERSA.....	15	<i>brimonidine tartrate</i>	80	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	48
BALZIVA.....	56	<i>brinzolamide</i>	80	<i>capcof</i>	91
BANOPHEN.....	85, 86, 128	BRIVIACT.....	99	CAPLYTA.....	105
BARACLUDGE.....	40	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	81	CAPRELSA.....	16
BASAGLAR KWIKPEN.....	55	<i>bromocriptine mesylate</i>	98	<i>capsaicin</i>	133
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...	31	BROMSITE.....	81	<i>captopril</i>	50
<i>baza antifungal</i>	128	BRUKINSA.....	15	CARBAGLU.....	61
<i>bcg vaccine</i>	26	<i>budesonide</i>	70, 90	<i>carbamazepine</i>	99
<i>b-complex/b-12</i>	119	<i>budesonide er</i>	70	<i>carbamazepine er</i>	99
BELSOMRA.....	109	<i>bumetanide</i>	49	<i>carbidopa-levodopa</i>	98
<i>benazepril hcl</i>	50	<i>buprenorphine</i>	30	<i>carbidopa-levodopa er</i>	98
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>buprenorphine hcl</i>	110	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	98
BENDEKA.....	15	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	110	<i>carboplatin</i>	15
BENLYSTA.....	25	<i>bupropion hcl</i>	103	CARDIOTEK RX.....	119
BENZEDREX.....	91	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	110	<i>carglumic acid</i>	61
BENZEPRO.....	129	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	103	<i>carisoprodol</i>	98
BENZEPRO SHORT CONTACT...	129	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	103	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	128
<i>benzoin</i>	128	<i>buspirone hcl</i>	99	<i>carteolol hcl</i>	80
<i>benzonatate</i>	91	<i>butenafine hcl</i>	128	CARTIA XT.....	47
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	129	<i>butorphanol tartrate</i>	29	<i>carvedilol</i>	47
<i>benzphetamine hcl</i>	109	BYDUREON BCISE.....	53	<i>casprofungin acetate</i>	37
<i>benztropine mesylate</i>	98	BYETTA 10 MCG PEN.....	53	<i>castellani paint modified</i>	128
<i>bepotastine besilate</i>	79	BYETTA 5 MCG PEN.....	53	CAYSTON.....	37
BEPREVE.....	79	BYSTOLIC.....	47	CAZIENT.....	57
BERINERT.....	76	<i>c 250</i>	119	<i>cefaclor</i>	41
BESIVANCE.....	81	<i>c-1000</i>	119	<i>cefaclor er</i>	41
BESREMI.....	21	<i>c-1000/rose hips</i>	119	<i>cefadroxil</i>	41

<i>cefazolin sodium</i>	41	<i>ciprofloxacin hcl</i>	43, 81	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	16
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	41	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	43	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
<i>cefdinir</i>	41	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	84	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	55
<i>cefepime hcl</i>	41	<i>cisplatin</i>	15	COMPLERA.....	36
<i>cefixime</i>	41	<i>citalopram hydrobromide</i>	103	<i>complete allergy medicine</i>	86
<i>cefoxitin sodium</i>	41	<i>citrus calcium +d</i>	116	COMPRO.....	68
<i>cefpodoxime proxetil</i>	41	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	116	<i>constulose</i>	71
<i>cefprozil</i>	41	CLARAVIS.....	129	COPIKTRA.....	16
<i>ceftazidime</i>	41	<i>clarithromycin</i>	42	<i>coq10</i>	113
<i>ceftazidime and dextrose</i>	41	<i>clarithromycin er</i>	42	<i>coq-10</i>	113
<i>ceftriaxone sodium</i>	41	<i>classic prenatal</i>	120	CORLANOR.....	50
<i>cefuroxime axetil</i>	41	<i>clindamycin hcl</i>	37	CORVITA.....	120
<i>cefuroxime sodium</i>	41, 42	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	37	CORVITA 150.....	77
<i>celecoxib</i>	27	<i>clindamycin phosphate</i>	38, 74, 129	CORVITE 150.....	77
CELONTIN.....	99	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	38	<i>corvite fe</i>	77
<i>centamin</i>	119	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	38	COTELLIC.....	16
CEPACOL SORE THROAT & COUGH.....	127	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	118	<i>cough dm</i>	91
<i>cephalexin</i>	42	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	118	<i>cough dm childrens</i>	91
CERDELGA.....	61	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	118	<i>cough/chest congestion dm</i>	92
CEREZYME.....	61	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	118	CREON.....	70
CEROVITE JR.....	119	<i>climimix/dextrose (6/5)</i>	118	<i>cromolyn sodium</i>	68, 80, 89
<i>cetirizine hcl</i>	86	<i>climimix/dextrose (8/10)</i>	118	CRYSELLE-28.....	57
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	86	<i>climimix/dextrose (8/14)</i>	118	<i>cupric chloride</i>	118
<i>cetirizine hcl childrens</i>	86	CLINISOL SF.....	118	<i>cvs b-1</i>	120
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	86	CLINOLIPID.....	118	<i>cvs cough dm</i>	92
<i>cetirizine hcl hives relief</i>	86	<i>clobazam</i>	99	<i>cvs gauze sterile</i>	55
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	91	<i>clobetasol propionate</i>	131, 132	<i>cvs lice treatment</i>	132
<i>cevimeline hcl</i>	127	<i>clobetasol propionate e</i>	131	<i>cvs vitamin b-12</i>	120
CHANTIX.....	110	<i>clomipramine hcl</i>	103	<i>cyanocobalamin</i>	120
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	110	<i>clonazepam</i>	99	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	98
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	110	<i>clonidine</i>	50	<i>cyclophosphamide</i>	15
<i>charcoal</i>	61	<i>clonidine hcl</i>	49	<i>cycloserine</i>	35
CHATEAL.....	57	<i>clopidogrel bisulfate</i>	79	<i>cyclosporine</i>	25
CHEMET.....	52	<i>clorazepate dipotassium</i>	99	<i>cyclosporine modified</i>	25
<i>chest congestion relief</i>	91	CLORPACTIN.....	133	<i>cyproheptadine hcl</i>	86
<i>chest congestion relief dm</i>	91	<i>clotrimazole</i>	74, 127, 128	CYRED EQ.....	57
<i>chewable vite childrens</i>	119	<i>clotrimazole 3</i>	74	CYSTADANE.....	61
<i>childrens animal shapes</i>	120	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	128	CYSTADROPS.....	82
<i>childrens chewable vitamins</i>	120	<i>clotrimazole athletes foot</i>	128	CYSTAGON.....	61
<i>childrens ibuprofen</i>	28	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	128	CYSTARAN.....	82
<i>childrens loratadine</i>	86	<i>clozapine</i>	105	<i>cytarabine</i>	21
<i>childrens silapap</i>	31	<i>co q10</i>	113	<i>d 1000</i>	120
<i>childrens silfedrine</i>	91	<i>co q-10</i>	113	<i>d 400</i>	120
<i>chlorhexidine gluconate</i>	127	COARTEM.....	39	<i>d 5000</i>	120
<i>chloroquine phosphate</i>	39	<i>cod liver oil</i>	120	<i>d3 high potency</i>	120
<i>chlorpromazine hcl</i>	105	<i>coditussin ac</i>	91	<i>d3 super strength</i>	120
<i>chlorthalidone</i>	49	<i>coenzyme q10</i>	113	<i>daily vitamins</i>	120
<i>cholestyramine</i>	45	<i>coenzyme q-10</i>	113	<i>daily-vite</i>	120
<i>cholestyramine light</i>	45	<i>co-enzyme q10</i>	113	<i>daily-vitel/iron/beta-carotene</i>	120
CHROMAGEN.....	77	<i>colchicine</i>	34	<i>dalfampridine er</i>	109
<i>chromic chloride</i>	118	<i>colchicine-probenecid</i>	34	DALIRESP.....	89
<i>ciclopirox olamine</i>	128	<i>colesevelam hcl</i>	45	<i>danazol</i>	63
<i>cilostazol</i>	77	<i>colestipol hcl</i>	45	<i>dantrolene sodium</i>	99
CILOXAN.....	81	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	38	<i>dapsone</i>	38
CIMDUO.....	36	COMBIGAN.....	80	DAPTACEL.....	26
<i>cinacalcet hcl</i>	61	COMBIVENT RESPIMAT.....	88	<i>daptomycin</i>	38
CIPRO.....	42	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	16	DASETTA 1/35.....	57
				DASETTA 7/7/7.....	57

DAURISMO	16	DIGITEK	50	ed-apap	31
DAYSEE	57	DIGOX	50	EDURANT	34
DEBLITANE	57	<i>digoxin</i>	50	efavirenz	34
DECARA	120	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	108	efavirenz-emtricitab-tenofovir	36
<i>deferasirox</i>	52	DILANTIN	100	efavirenz-lamivudine-tenofovir	36
<i>deferasirox granules</i>	52	DILANTIN INFATABS	100	ELDERTONIC	121
DELESTROGEN	63	<i>diltiazem hcl</i>	47	ELINEST	57
DELSTRIGO	36	<i>diltiazem hcl er</i>	47	ELIQUIS	76
DELSYM	92	<i>diltiazem hcl er beads</i>	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	76
DELSYM COUGH CHILDRENS	92	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	47	ELLA	57
DERMACINRX PUREFOLIX	120	<i>dilt-xr</i>	47	ELURYNG	57
DESCOVY	36	<i>diphenhist</i>	86	EMCYT	20
DESENEX	128	<i>diphenhydramine hcl</i>	86	EMOQUETTE	57
<i>desipramine hcl</i>	103	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	86	EMSAM	103
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	62	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	128	<i>emtricitabine</i>	34
<i>desmopressin acetate</i>	62	<i>diphenoxylate-atropine</i>	68, 69	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	36
<i>desmopressin acetate pf</i>	62	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	26	EMTRIVA	34
<i>desmopressin acetate spray</i>	62	<i>dipyridamole</i>	79	EMVERM	38
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	57	<i>disopyramide phosphate</i>	45	<i>enalapril maleate</i>	50
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	103	<i>disulfiram</i>	110	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>dexamethasone</i>	64	<i>divalproex sodium</i>	100	ENBREL	23
DEXAMETHASONE INTENSOL	64	<i>divalproex sodium er</i>	100	ENBREL MINI	23
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	64	<i>docetaxel</i>	22	ENBREL SURECLICK	23
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	64, 81	<i>docu</i>	71	ENDARI	77
DEXILANT	70	<i>docusate calcium</i>	71	ENDOCET	29
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	112	<i>docusate mini</i>	71	ENDUR-C	121
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	92	<i>docusate sodium</i>	71	<i>enema</i>	71
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	92	DOCUSOL MINI	71	<i>enema ready-to-use</i>	71
<i>dextrose</i>	118	<i>dofetilide</i>	45	ENEMEEZ MINI	71
<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	113	DOK	71	ENEMEEZ PLUS	71
<i>dextrose in lactated ringers</i>	113	<i>donepezil hcl</i>	102	ENERGIX-B	26
<i>dextrose-nacl</i>	113	DOPTLET	77	<i>enoxaparin sodium</i>	76
<i>dextrose-sodium chloride</i>	114	<i>dorzolamide hcl</i>	80	ENPRESSE-28	57
<i>diabetic siltussin-dm max st</i>	92	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	80	ENSKYCE	57
DIABETIC TUSSIN	92	DOTTI	63	ENSTILAR	132
DIABETIC TUSSIN DM	92	DOVATO	36	<i>entacapone</i>	98
DIABETIC TUSSIN MAX ST	92	<i>doxazosin mesylate</i>	46	<i>entecavir</i>	40
DIACOMIT	99, 100	<i>doxepin hcl</i>	103, 109	ENTRESTO	48
DIALYVITE	120	<i>doxorubicin hcl</i>	21	<i>enulose</i>	71
DIALYVITE 3000	120	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	21	EPCLUSA	40
DIALYVITE 5000	120	DOXY 100	44	EPIDIOLEX	100
DIALYVITE 800	120	<i>doxycycline hyclate</i>	44	<i>epinephrine</i>	89
DIALYVITE 800/ZINC	120	<i>doxycycline monohydrate</i>	44	<i>epirubicin hcl</i>	21
DIALYVITE 800-ZINC 15	120	DRISDOL	121	EPITOL	100
DIALYVITE SUPREME D	120	DRIZALMA SPRINKLE	103	EPIVIR HBV	40
DIALYVITE VITAMIN D 5000	120	<i>dronabinol</i>	68	<i>eplerenone</i>	44
DIALYVITE/ZINC	120	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	57	EPRONTIA	100
<i>diazepam</i>	100	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	57	<i>epsom salt</i>	71
<i>diazoxide</i>	52	DROXIA	77	<i>eq cough dm</i>	92
<i>diclofenac potassium</i>	28	<i>droxidopa</i>	50	<i>eq lice killing max st</i>	132
<i>diclofenac sodium</i>	28, 81, 133	<i>duloxetine hcl</i>	103	<i>eq b complex 50</i>	121
<i>diclofenac sodium er</i>	28	DUREZOL	81	<i>eq coq10</i>	113
<i>dicloxacillin sodium</i>	43	<i>dutasteride</i>	76	<i>ergocalciferol</i>	121
<i>dicyclomine hcl</i>	68	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	76	<i>ergotamine-caffeine</i>	108
<i>diethylpropion hcl</i>	110	DYNA-HEX 4	133	ERIVEDGE	16
<i>diethylpropion hcl er</i>	110	E.E.S. 400	42	ERLEADA	20
DIFICID	42	<i>e-400</i>	121	<i>erlotinib hcl</i>	16
<i>diflunisal</i>	28	<i>ear drops</i>	134	ERRIN	57
<i>difluprednate</i>	81	<i>ec-naproxen</i>	28	<i>ertapenem sodium</i>	38
		<i>ed chlorped jr</i>	86	<i>ery</i>	129

ERY-TAB.....	42	<i>ferrous fumarate</i>	78	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	49
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	42	<i>ferrous gluconate</i>	78	FOTIVDA.....	16
ERYTHROCIN STEARATE.....	42	<i>ferrous sulfate</i>	78	FREAMINE III.....	118
<i>erythromycin</i>	42, 81, 129	FETZIMA.....	103, 104	<i>fulvestrant</i>	20
<i>erythromycin base</i>	42	FETZIMA TITRATION.....	104	FUNGOID TINCTURE.....	128
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	42	FEVERALL ADULTS.....	31	<i>furosemide</i>	49
ESBRIET.....	89	FEVERALL CHILDRENS.....	31	FUSION.....	78
<i>escitalopram oxalate</i>	103	FEVERALL INFANTS.....	31	FUSION PLUS.....	78
<i>esomeprazole magnesium</i>	70	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 31		FUZEON.....	34
ESTARYLLA.....	57	<i>fexofenadine hcl</i>	86	FYAVOLV.....	63
ESTER-C.....	121	FIASP.....	55	FYCOMPA.....	100
<i>estradiol</i>	63	FIASP FLEXTOUCH.....	55	<i>gabapentin</i>	100
<i>estradiol valerate</i>	63	FIASP PENFILL.....	55	<i>galantamine hydrobromide</i>	102
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	63	<i>fiber</i>	71	<i>galantamine hydrobromide er</i>	102
<i>eszopiclone</i>	109	<i>fiber laxative</i>	71	GAMASTAN.....	24
<i>ethambutol hcl</i>	35	<i>fiber-lax</i>	71	GAMMAGARD.....	24
<i>ethosuximide</i>	100	<i>finasteride</i>	76	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	24
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	57	FINTEPLA.....	100	GAMMAKED.....	24
<i>etodolac</i>	28	<i>first aid antibiotic</i>	130	GAMMAPLEX.....	24
<i>etodolac er</i>	28	FLAC.....	84	GAMUNEX-C.....	24
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	57	FLAREX.....	82	<i>ganciclovir sodium</i>	40
<i>etoposide</i>	22	FLEBOGAMMA DIF.....	24	GARDASIL 9.....	26
<i>etravirine</i>	34	<i>flecainide acetate</i>	45	<i>gas relief</i>	69
EUTHYROX.....	51	FLEET ENEMA.....	71	<i>gas relief drops infants</i>	69
<i>everolimus</i>	16, 25	FLORIVA PLUS.....	121	<i>gas relief extra strength</i>	69
EVOTAZ.....	36	FLOVENT DISKUS.....	90	<i>gas relief ultra strength</i>	69
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	90	<i>gatifloxacin</i>	81
NEEDLE.....	55	<i>fluconazole</i>	37	GATTEX.....	69
<i>exemestane</i>	20	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	37	GAVILYTE-C.....	71
EXKIVITY.....	16	<i>flucytosine</i>	37	GAVILYTE-G.....	71
<i>ezetimibe</i>	46	<i>fludrocortisone acetate</i>	64	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	46	<i>flunisolide</i>	90	PACK.....	71
<i>fabb</i>	121	<i>fluocinolone acetonide</i>	84, 132	GAVRETO.....	16
FABRAZYME.....	62	<i>fluocinolone acetonide body</i>	132	<i>gemcitabine hcl</i>	21
FALMINA.....	57	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	132	<i>gemfibrozil</i>	46
<i>famciclovir</i>	40	<i>fluocinonide</i>	132	<i>generlac</i>	71
<i>famotidine</i>	65	<i>fluocinonide emulsified base</i>	132	GENGRAF.....	25
<i>famotidine premixed</i>	65	<i>fluorometholone</i>	82	GENOTROPIN.....	62
FANAPT.....	105	<i>fluorouracil</i>	21, 133	GENOTROPIN MINIQUICK.....	62
FANAPT TITRATION PACK.....	105	<i>fluoxetine hcl</i>	104	GENTAK.....	81
FARXIGA.....	53	<i>fluphenazine decanoate</i>	105	<i>gentamicin in saline</i>	38
FARYDAK.....	16	<i>fluphenazine hcl</i>	105	<i>gentamicin sulfate</i>	38, 81, 130
FASENRA.....	89	<i>flurbiprofen</i>	28	GENTEAL TEARS.....	82
FASENRA PEN.....	89	<i>flurbiprofen sodium</i>	82	GENTEAL TEARS MODERATE PF	82
<i>felbamate</i>	100	<i>flutamide</i>	20	<i>gentle laxative</i>	71, 72
<i>felodipine er</i>	47	<i>fluticasone propionate</i>	90, 132	GENVOYA.....	36
FEMYNOR.....	57	<i>fluvoxamine maleate</i>	99	GILENYA.....	109
<i>fenofibrate</i>	46	<i>folic acid</i>	121	GILOTRIF.....	16
<i>fenofibrate micronized</i>	46	FOLITAB 500.....	78	<i>glatiramer acetate</i>	109
<i>fentanyl</i>	30	<i>folite</i>	121	GLATOPA.....	109
<i>fentanyl citrate</i>	29	FOLIVANE-F.....	78	<i>glimepiride</i>	53
FERAHEME.....	77	FOLIVANE-PLUS.....	78	<i>glipizide</i>	53
FERATE.....	77	FOLIXAPURE.....	121	<i>glipizide er</i>	53
FERIVA 21/7.....	77	FOLTABS 800.....	121	<i>glipizide xl</i>	53
FERIVAF.....	77	FOLTRATE.....	121	<i>glipizide-metformin hcl</i>	53
FEROSUL.....	77	FOLTREXYL.....	121	<i>global alcohol prep ease</i>	55
FERRALET 90.....	77	<i>fondaparinux sodium</i>	76	<i>glycerin (adult)</i>	72
<i>ferraplus 90</i>	78	FORTEO.....	65	<i>glycerin (infants & children)</i>	72
<i>ferretts</i>	78	<i>fosamprenavir calcium</i>	34	<i>glycerin (pediatric)</i>	72
FERRLECIT.....	78	<i>fosinopril sodium</i>	50	<i>glycerin adult</i>	72

<i>glycerin childrens</i>	72	<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	113	<i>goodsense pain relief extra st</i>	32
<i>glycopyrrolate</i>	68	<i>gnp miconazole 3</i>	74	<i>goodsense stomach relief</i>	67
<i>GLYDO</i>	130	<i>gnp miconazole 7</i>	74	<i>goodsense tussin cf</i>	93
<i>GLYXAMBI</i>	53	<i>gnp milk of magnesia</i>	72	<i>granisetron hcl</i>	68
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	31	<i>gnp nasal decongestant</i>	92	<i>grape flavor</i>	51
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	31	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	92	<i>griseofulvin microsize</i>	37
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	31	<i>gnp nasal spray</i>	92	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	37
<i>gnp acetaminophen</i>	32	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	92	<i>guaiaatussin ac</i>	93
<i>gnp acetaminophen ex st</i>	32	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	92	<i>guaifenesin</i>	93
<i>gnp all day allergy</i>	86	<i>gnp natural fiber</i>	72	<i>guaifenesin-codeine</i>	93
<i>gnp all day allergy childrens</i>	86	<i>gnp nicotine</i>	110	<i>guaifenesin-dm</i>	93
<i>gnp all day allergy-d</i>	92	<i>gnp nicotine mini</i>	110	<i>guanfacine hcl</i>	50
<i>gnp allergy</i>	87	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	110	<i>guanfacine hcl er</i>	112
<i>gnp allergy & congestion</i>	92	<i>gnp no drip nasal spray</i>	92	<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</i>	52
<i>gnp allergy antihistamine</i>	87	<i>gnp nose drops extra strength</i>	92	<i>GVOKE KIT</i>	52
<i>gnp allergy relief</i>	87	<i>gnp one daily plus iron</i>	121	<i>GVOKE PFS</i>	52
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	92	<i>gnp pain & fever childrens</i>	32	<i>H2Q</i>	113
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	66	<i>gnp pain & fever infants</i>	32	<i>HAEGARDA</i>	77
<i>gnp antacid regular strength</i>	66	<i>gnp pain relief</i>	32	<i>HAILEY 1.5/30</i>	57
<i>gnp anti-diarrheal</i>	67	<i>gnp pain relief extra strength</i>	32	<i>HAILEY 24 FE</i>	57
<i>gnp anti-gas</i>	69	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	115	<i>halobetasol propionate</i>	132
<i>gnp anti-itch</i>	128	<i>gnp petroleum jelly</i>	51	<i>haloperidol</i>	106
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	133	<i>gnp pink bismuth</i>	67	<i>haloperidol decanoate</i>	106
<i>gnp arthritis pain relief</i>	32	<i>gnp prenatal</i>	121	<i>haloperidol lactate</i>	106
<i>gnp artificial tears</i>	82	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	93	<i>HARVONI</i>	40
<i>gnp aspirin</i>	32	<i>gnp senna lax</i>	72	<i>HAVRIX</i>	26
<i>gnp athletes foot</i>	128	<i>gnp stool softener</i>	72	<i>HEATHER</i>	57
<i>gnp bacitracin zinc</i>	130	<i>gnp stool softener/laxative</i>	72	<i>HEMATOGEN</i>	78
<i>gnp calcium</i>	116	<i>gnp suphedrin</i>	93	<i>HEMATOGEN FA</i>	78
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	116	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	128	<i>HEMATOGEN FORTE</i>	78
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	116	<i>gnp tolinaftate</i>	128	<i>HEMOCYTE PLUS</i>	78
<i>gnp capsaicin</i>	133	<i>gnp triple antibiotic</i>	130	<i>HEMOCYTE-F</i>	78
<i>gnp childrens allergy</i>	87	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	130	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	76
<i>gnp childrens complete</i>	121	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	93	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	76
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	28	<i>gnp tussin cough long acting</i>	93	<i>heparin sodium (porcine)</i>	76
<i>gnp clotrimazole 3</i>	74	<i>gnp tussin dm</i>	93	<i>HEPATAMINE</i>	118
<i>gnp co q10</i>	113	<i>gnp tussin dm cough</i>	93	<i>HERCEPTIN</i>	16
<i>gnp cough dm er</i>	92	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	93	<i>HERCEPTIN HYLECTA</i>	16
<i>gnp earwax removal drops</i>	134	<i>gnp vitamin c</i>	121	<i>HERZUMA</i>	16
<i>gnp earwax removal kit</i>	134	<i>gnp vitamin c drops</i>	121	<i>HETLIOZ</i>	109
<i>gnp electrolyte solution</i>	115	<i>gnp vitamin d-400</i>	121	<i>HIBERIX</i>	26
<i>gnp enema</i>	72	<i>gnp womens gentle laxative</i>	72	<i>HISTEX-AC</i>	93
<i>gnp essential one daily</i>	121	<i>gnp zinc oxide</i>	133	<i>hm acetaminophen childrens</i>	32
<i>gnp gas relief</i>	69	<i>GOLYTELY</i>	72	<i>hm adult aspirin</i>	32
<i>gnp gas relief extra strength</i>	69	<i>GONAK</i>	82	<i>hm advanced antacid max st</i>	66
<i>gnp gentle laxative</i>	72	<i>goodsense all day allergy</i>	87	<i>hm all day allergy</i>	87
<i>gnp glycerin (adult)</i>	72	<i>goodsense aller-ease</i>	87	<i>hm all day allergy childrens</i>	87
<i>gnp glycerin child</i>	72	<i>goodsense allergy relief</i>	87	<i>hm allergy & congestion</i>	93
<i>gnp healthy eyes supervision</i>	121	<i>goodsense arthritis pain</i>	32	<i>hm allergy complete-d</i>	93
<i>gnp ibuprofen infants</i>	28	<i>goodsense aspirin</i>	32	<i>hm allergy relief</i>	87
<i>gnp ibuprofen junior strength</i>	28	<i>goodsense cough dm</i>	93	<i>hm allergy relief childrens</i>	87
<i>gnp infants pain/fever</i>	32	<i>goodsense cough dm childrens</i>	93	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	93
<i>gnp iron</i>	78	<i>goodsense epsom salt</i>	72	<i>hm antacid</i>	66
<i>gnp laxative</i>	72	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	28	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	66
<i>gnp lice treatment</i>	132	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	28	<i>hm antacid/antigas</i>	66
<i>gnp little ones childrens</i>	121	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	82	<i>hm anti-diarrheal</i>	67
<i>gnp loratadine</i>	87	<i>goodsense nicotine</i>	110	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	133
<i>gnp loratadine childrens</i>	87	<i>goodsense pain & fever child</i>	32	<i>hm arthritis pain relief</i>	32
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	82	<i>goodsense pain & fever infants</i>	32	<i>hm aspirin</i>	32
<i>gnp melatonin</i>	113	<i>goodsense pain relief</i>	32	<i>hm aspirin ec</i>	32

<i>hm bacitracin zinc</i>	130	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	23	INFUVITE PEDIATRIC.....	122
<i>hm cetirizine hcl</i>	87	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START	23	INGREZZA.....	108
<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	87	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER.....	23	INJECTAFER.....	78
<i>hm coq10</i>	113	HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED).....	55	INLYTA.....	16
<i>hm cough dm</i>	93	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	55	INQOVI.....	21
<i>hm dry eye relief</i>	82	HYCODAN.....	94	INREBIC.....	17
<i>hm earwax removal aid</i>	134	<i>hydralazine hcl</i>	50	INTEGRA.....	78
<i>hm earwax removal kit</i>	135	<i>hydrochlorothiazide</i>	49	INTEGRA F.....	78
<i>hm enema</i>	72	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	94	INTEGRA PLUS.....	78
<i>hm fexofenadine hcl</i>	87	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	30	INTELENCE.....	34
<i>hm gas relief</i>	69	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	29	INTRALIPID.....	118
<i>hm gas relief infants drops</i>	69	<i>hydrocodone-homatropine</i>	94	INTRON A.....	25
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	29	INTROVALE.....	57
<i>hm ibuprofen ib</i>	28	<i>hydrocortisone</i>	64, 70, 132	INVEGA SUSTENNA.....	106
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	134	INVEGA TRINZA.....	106
<i>hm laxative</i>	72	<i>hydromet</i>	94	INVIRASE.....	34
<i>hm lice killing max st</i>	132	<i>hydromorphone hcl</i>	29	IPOL.....	26
<i>hm lice treatment</i>	132	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	122	<i>ipratropium bromide</i>	85
<i>hm loratadine</i>	87	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	26	<i>ipratropium-albuterol</i>	88
<i>hm loratadine childrens</i>	87	<i>hydroxyurea</i>	22	<i>irbesartan</i>	45
<i>hm lubricating plus</i>	82	<i>hydroxyzine hcl</i>	87	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>hm lubricating tears</i>	82	<i>hydroxyzine pamoate</i>	87	IRESSA.....	17
<i>hm milk of magnesia</i>	72	HYSINGLA ER.....	30	<i>irinotecan hcl</i>	22
<i>hm nasal decongestant</i>	93	<i>ibandronate sodium</i>	65	<i>iron</i>	78
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	93	IBRANCE.....	16	<i>iron chews pediatric</i>	78
<i>hm nasal decongestant pe</i>	93	IBU.....	28	ISENTRESS.....	34
<i>hm nasal spray</i>	94	<i>ibuprofen</i>	28	ISENTRESS HD.....	34
<i>hm niacin</i>	121	<i>ibuprofen childrens</i>	28	ISIBLOOM.....	57
<i>hm nicotine</i>	110	<i>ibuprofen infants drops</i>	28	ISOLYTE-P IN D5W.....	114
<i>hm nicotine polacrilex</i>	110, 111	<i>ibuprofen junior strength</i>	28	ISOLYTE-S.....	114
<i>hm nose drops</i>	94	ICAPS.....	122	ISOLYTE-S PH 7.4.....	114
<i>hm pain & fever childrens</i>	32	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	122	<i>isoniazid</i>	36
<i>hm pain & fever infants</i>	32	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	122	ISOPTO ATROPINE.....	82
<i>hm pain relief</i>	32	<i>icatibant acetate</i>	77	ISOPTO TEARS.....	82
<i>hm pain relief extra strength</i>	32	ICLEVIA.....	57	<i>isosorbide dinitrate</i>	51
<i>hm pain reliever</i>	33	ICLUSIG.....	16	<i>isosorbide mononitrate</i>	51
<i>hm petroleum jelly</i>	51	IDHIFA.....	16	<i>isosorbide mononitrate er</i>	51
<i>hm povidone-iodine</i>	133	IFEREX 150.....	78	<i>isotretinoin</i>	129
<i>hm senna</i>	72	ILEVRO.....	82	<i>isradipine</i>	47
<i>hm sinus nasal spray</i>	94	<i>imatinib mesylate</i>	16	<i>itch relief extra strength</i>	128
<i>hm stomach relief</i>	67	IMBRUVICA.....	16	<i>itraconazole</i>	37
<i>hm stool softener</i>	72	<i>imipenem-cilastatin</i>	38	<i>ivermectin</i>	38
<i>hm stool softener/laxative</i>	72	<i>imipramine hcl</i>	104	IXIARO.....	26
<i>hm triple antibiotic</i>	130	<i>imiquimod</i>	134	JAKAFI.....	17
<i>hm triple antibiotic max st</i>	130	IMOVAX RABIES.....	26	JANTOVEN.....	76
<i>hm tussin adult</i>	94	INCASSIA.....	57	JANUMET.....	53
<i>hm tussin adult dm</i>	94	INCRELEX.....	62	JANUMET XR.....	53
<i>hm vitamin b100 complex</i>	122	INCRUSE ELLIPTA.....	85	JANUVIA.....	53
<i>hm vitamin b12</i>	122	<i>indapamide</i>	49	JARDIANCE.....	53
<i>hm vitamin b-12 tr</i>	122	INFANRIX.....	26	JASMIEL.....	57
<i>hm vitamin b50 complex</i>	122	<i>infants gas relief</i>	69	JENTADUETO.....	54
<i>hm vitamin c tr</i>	122	<i>infants ibuprofen</i>	28	JENTADUETO XR.....	54
<i>hm vitamin e</i>	122	<i>infants simethicone</i>	69	JINTELI.....	63
<i>hm zinc</i>	116	INFED.....	78	JOLESSA.....	58
HUMIRA.....	23	<i>infliximab</i>	23	JULEBER.....	58
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START	23	INFUVITE ADULT.....	122	JULUCA.....	36
HUMIRA PEN.....	23			JUNEL 1.5/30.....	58
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER.....	23			JUNEL 1/20.....	58
				JUNEL FE 1.5/30.....	58
				JUNEL FE 1/20.....	58

JUNEL FE 24.....	58	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN FE 1/20.....	59
KADCYLA.....	17	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	17	<i>lohist-dm</i>	94
KAITLIB FE.....	58	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	17	LOKELMA.....	52
KALYDECO.....	89	LESSINA.....	58	LOMAIRA.....	111
KANJINTI.....	17	<i>letrozole</i>	20	LONSURF.....	21
KARIVA.....	58	<i>leucovorin calcium</i>	21	<i>loperamide hcl</i>	67, 69
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	114	LEUKERAN.....	15	<i>lopinavir-ritonavir</i>	36
KELNOR 1/35.....	58	<i>leuprolide acetate</i>	20	<i>loratadine</i>	88
KELNOR 1/50.....	58	<i>levabuterol hcl</i>	84	<i>loratadine childrens</i>	88
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	134	<i>levabuterol tartrate</i>	84	<i>loratadine-d 12hr</i>	94
<i>ketoconazole</i>	37, 128, 131	LEVEMIR.....	55	<i>loratadine-d 24hr</i>	94
KETO-DIASTIX.....	62	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	55	<i>lorazepam</i>	99
<i>ketorolac tromethamine</i>	82	<i>levetiracetam</i>	101	LORAZEPAM INTENSOL.....	99
KEYTRUDA.....	17	<i>levetiracetam er</i>	100	LORBRENA.....	17
KINRIX.....	26	<i>levetiracetam in nacl</i>	101	LORYNA.....	59
KISQALI (200 MG DOSE).....	17	<i>levobunolol hcl</i>	80	<i>losartan potassium</i>	45
KISQALI (400 MG DOSE).....	17	<i>levocarnitine</i>	62	<i>losartan potassium-hctz</i>	48
KISQALI (600 MG DOSE).....	17	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	87	LOTEMAX.....	82
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	22	<i>levofloxacin</i>	43	<i>lovastatin</i>	46
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	22	<i>levofloxacin in d5w</i>	43	LOW-OGESTREL.....	59
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	22	LEVONEST.....	58	<i>loxapine succinate</i>	106
KLOR-CON.....	115	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	58	<i>lubricant eye drops</i>	82
KLOR-CON 10.....	114	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	58	<i>lubricating eye drops</i>	82
KLOR-CON M10.....	115	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	58	<i>lubricating plus eye drops</i>	83
KLOR-CON M15.....	115	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	58	LUMAKRAS.....	17
KLOR-CON M20.....	115	LEVORA 0.15/30 (28).....	58	LUMIGAN.....	80
KORLYM.....	62	LEVO-T.....	51	LUMIZYME.....	62
<i>kp ferrous sulfate</i>	79	<i>levothyroxine sodium</i>	52	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	20
KURVELO.....	58	LEVOXYL.....	52	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	20
KYNMOBI.....	98	LEXIVA.....	35	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	62
<i>labetalol hcl</i>	47	<i>lice killing</i>	133	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	62
<i>lactated ringers</i>	114	<i>lice killing maximum strength</i>	133	LUTERA.....	59
<i>lactulose</i>	72	<i>lice treatment</i>	133	LYLEQ.....	59
<i>lactulose encephalopathy</i>	72	<i>lidocaine</i>	130	LYLLANA.....	63
<i>lamivudine</i>	35, 40	<i>lidocaine hcl</i>	34, 130	LYNPARZA.....	17
<i>lamivudine-zidovudine</i>	36	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	34	LYSODREN.....	20
<i>lamotrigine</i>	100	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	130	LYZA.....	59
<i>lamotrigine er</i>	100	<i>lidocaine pain relief</i>	134	M.V.I. ADULT.....	122
<i>lansoprazole</i>	70	<i>lidocaine pain relieving</i>	134	M.V.I. PEDIATRIC.....	122
<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>lidocaine viscous hcl</i>	127	<i>mag-al plus</i>	66
LARIN 1.5/30.....	58	<i>lidocaine-prilocaine</i>	130	<i>mag-al plus xs</i>	66
LARIN 1/20.....	58	LILLOW.....	58	<i>magdelay</i>	116
LARIN 24 FE.....	58	<i>linezolid</i>	38	<i>mag-g</i>	117
LARIN FE 1.5/30.....	58	<i>linezolid in sodium chloride</i>	38	MAGNEBIND 300.....	117
LARIN FE 1/20.....	58	LINZESS.....	69	MAGNEBIND 400.....	117
LARISSIA.....	58	<i>liothyronine sodium</i>	52	<i>magnesium</i>	117
LASTACFT.....	80	<i>liquid acetaminophen</i>	33	<i>magnesium 27</i>	117
<i>latanoprost</i>	80	<i>liquid allergy relief</i>	87	<i>magnesium chloride</i>	117
LATUDA.....	106	<i>lisinopril</i>	50	<i>magnesium oxide</i>	66, 117
<i>laxative max str</i>	72	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	49	<i>magnesium sulfate</i>	114
LAYOLIS FE.....	58	<i>lithium</i>	108	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	114
LEENA.....	58	<i>lithium carbonate</i>	108	<i>malathion</i>	133
<i>leflunomide</i>	26	<i>lithium carbonate er</i>	108	<i>manganese chloride</i>	117
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	17	<i>l-methylfolate calcium</i>	122	<i>mapap</i>	33
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	17	<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	122	<i>mapap arthritis pain</i>	33
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	17	<i>l-methyl-mc</i>	122	MAPAP CHILDRENS.....	33
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	17	<i>l-methyl-mc nac</i>	122	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	94
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	58	<i>marlissa</i>	59
		LOESTRIN 1/20 (21).....	58	MARPLAN.....	104
		LOESTRIN FE 1.5/30.....	58	MATULANE.....	22

MAVYRET	40	miconazole nitrate	75, 128	na ferric gluc cplx in sucrose	79
MAXIMUM D3	122	MICRO GUARD	128	nabumetone	28
maxi-tuss ac	94	MICROGESTIN 1.5/30	59	nadolol	47
maxi-tuss cd	94	MICROGESTIN 1/20	59	naftcillin sodium	43, 44
maxi-tuss g	94	MICROGESTIN 24 FE	59	NAGLAZYME	62
maxi-tuss gmx	94	MICROGESTIN FE 1.5/30	59	nalbuphine hcl	30
m-clear wc	94	MICROGESTIN FE 1/20	59	naloxone hcl	111
m-dryl	88	midodrine hcl	50	naltrexone hcl	111
meclizine hcl	68	miglustat	62	NAMZARIC	103
medroxyprogesterone acetate ...	59, 64	MILI	59	NAPHCN-A	80
mefloquine hcl	39	milk of magnesia	72, 73	naproxen	29
megestrol acetate	20, 64	MIMVEY	63	naproxen sodium	29
MEKINIST	17	minocycline hcl	44	naratriptan hcl	108
MEKTOVI	17	minoxidil	50	NARCAN	111
melatonin	51, 113	mintox maximum strength	66	nasal decongestant	95
meloxicam	28	MINTOX PLUS	66	nasal decongestant max st	94
memantine hcl	103	mirtazapine	104	nasal decongestant pe	94
memantine hcl er	103	misoprostol	69	nasal decongestant spray	95
MENACTRA	26	MITIGARE	34	nasal four	95
MENQUADFI	26	M-M-R II	27	nasal relief	95
MENVEO	27	m-natal plus	115	nasal spray 12 hour	95
MEPHYTON	122	moexipril hcl	51	nasal spray extra moisturizing	95
mercaptapurine	21	molindone hcl	106	NASCOBAL	123
meropenem	38	mometasone furoate	132	NATACYN	81
mesalamine	70	MONJUVI	17	nateglinide	54
mesalamine er	70	MONO-LINYAH	59	NATPARA	65
mesalamine-cleanser	70	montelukast sodium	90	NAYZILAM	101
MESNEX	21	morphine sulfate	29, 30	nebivolol hcl	47
METADATE ER	112	morphine sulfate (concentrate)	29	NECON 0.5/35 (28)	59
metformin hcl	54	morphine sulfate (pf)	29	nefazodone hcl	104
metformin hcl er	54	morphine sulfate er	30	neomycin sulfate	38
methadone hcl	30	MOVANTIK	69	neomycin-bacitracin zn-polymyx	81
METHADONE HCL INTENSOL	30	moxifloxacin hcl	43, 81	neomycin-polymyxin-dexameth	80
methazolamide	49	m-pap	33	neomycin-polymyxin-gramicidin	81
methenamine hippurate	38	MUCINEX CHILDRENS STUFFY		neomycin-polymyxin-hc	80, 84
methimazole	52	NOSE	94	NEPHPLEX RX	123
methocarbamol	99	MUCINEX FAST-MAX CHEST		NEPHRON FA	79
methotrexate	26	CONG MS	94	NERLYNX	17
methotrexate sodium	21	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		NEUPRO	98
methotrexate sodium (pf)	21	COOL	94	nevirapine	35
methyl dopa	50	mucus & chest congestion	94	nevirapine er	35
methylphenidate hcl	112, 113	mucus relief chest congestion	94	NEXAVAR	18
methylphenidate hcl er	112	MULTAQ	45	niacin	123
methylprednisolone	64	multiple vitamins essential	122	niacin er	123
methylprednisolone acetate	64	MULTITRACE-4 NEONATAL	118	niacin er (antihyperlipidemic)	46
methylprednisolone sodium succ	64	MULTITRACE-4 PEDIATRIC	118	niacinamide	123
metoclopramide hcl	68	MULTITRACE-5	118	nicardipine hcl	47
metolazone	49	multitrace-5 concentrate	118	NICODERM CQ	111
metoprolol succinate er	47	multi-vit/iron/fluoride	122	NICOMIDE	123
metoprolol tartrate	47	multivitamin/fluoride	122, 123	nicotine	111
metoprolol-hydrochlorothiazide	46	multivitamin/fluoride/iron	123	nicotine mini	111
metronidazole	38, 75, 134	multi-vitamins	123	nicotine polacrilex	111
metronidazole in nacl	38	mupirocin	130	nicotine step 1	111
metyrosine	50	MURO 128	83	nicotine step 2	111
MI-ACID	66	MVASI	17	nicotine step 3	111
mi-acid gas relief	69	MVC-FLUORIDE	123	NICOTROL	111
micafungin sodium	37	mycophenolate mofetil	25	NICOTROL NS	111
miconazole 3 applicator	75	mycophenolate sodium	25	nifedipine er	47
miconazole 3 combo-supp	75	MYORISAN	130	nifedipine er osmotic release	48
miconazole 7	75	MYRBETRIQ	75	NIFEREX	79

NIKKI.....	59	NYLIA 7/7/7.....	60	PACERONE.....	45
<i>nilutamide</i>	20	NYMALIZE.....	48	<i>paclitaxel</i>	22
<i>nimodipine</i>	48	NYMYO.....	60	<i>pain & fever childrens</i>	33
NINJACOF-XG.....	95	<i>nystatin</i>	37, 127, 128, 129	<i>pain & fever infants</i>	33
NINLARO.....	18	NYSTOP.....	129	<i>pain relief extra strength</i>	33
<i>nitazoxanide</i>	38	OCELLA.....	60	<i>pain relief regular strength</i>	33
<i>nitisinone</i>	62	OCTAGAM.....	24	<i>paliperidone er</i>	106
NITRO-BID.....	51	<i>octreotide acetate</i>	62	<i>pamidronate disodium</i>	65
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	38	OCUVITE ADULT 50+.....	123	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	123
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	38	OCUVITE ADULT FORMULA.....	123	PANRETIN.....	134
<i>nitroglycerin</i>	51	ODEFSEY.....	36	<i>pantoprazole sodium</i>	71
<i>nizatidine</i>	65	ODOMZO.....	18	PANZYGA.....	24
<i>no drip nasal spray</i>	95	OFEV.....	89	PARAPLATIN.....	15
NORA-BE.....	59	<i>ofloxacin</i>	81, 84	<i>paricalcitol</i>	52
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	59	OGIVRI.....	18	<i>paromomycin sulfate</i>	38
<i>norethindrone</i>	59	<i>olanzapine</i>	106	<i>paroxetine hcl</i>	104
<i>norethindrone acetate</i>	64	<i>olmesartan medoxomil</i>	45	PASER.....	36
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	59	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	48	PAXIL.....	104
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	63	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	48	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	115
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	59	<i>olopatadine hcl</i>	80	PEDIA-LAX.....	73
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	59	<i>omeprazole</i>	70	PEDIARIX.....	27
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	59	OMNIPOD 5 PACK.....	56	<i>pediatric electrolyte</i>	115
NORLYROC.....	59	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS.....	56	PEDVAX HIB.....	27
NORPACE CR.....	45	OMNIPOD STARTER.....	56	<i>peg 3350</i>	73
NORTREL 0.5/35 (28).....	59	<i>once daily</i>	123	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	73
NORTREL 1/35 (21).....	59	<i>once daily/liron</i>	123	<i>peg-3350/electrolytes</i>	73
NORTREL 1/35 (28).....	59	<i>ondansetron</i>	68	PEGASYS.....	40
NORTREL 7/7/7.....	60	<i>ondansetron hcl</i>	68	PEMAZYRE.....	18
<i>nortriptyline hcl</i>	104	<i>one daily</i>	123	<i>penicillamine</i>	52
NORVIR.....	35	ONTRUZANT.....	18	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	44
<i>norwegian cod liver oil</i>	123	ONUREG.....	21	<i>penicillin g potassium</i>	44
NOVAFERRUM.....	79	OPSUMIT.....	50	<i>penicillin g procaine</i>	44
NOVAFERRUM 50.....	79	ORALYTE.....	115	<i>penicillin g sodium</i>	44
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	123	ORALYTE FREEZER POPS.....	115	<i>penicillin v potassium</i>	44
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS.....	79	ORA-PLUS.....	51	PENTACEL.....	27
NOVOLIN 70/30.....	55	ORASEP.....	127	<i>pentamidine isethionate</i>	38, 39
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	55	ORGOVYX.....	20	<i>pentoxifylline er</i>	77
NOVOLIN N.....	55	ORKAMBI.....	89	PENTRAVAN.....	134
NOVOLIN N FLEXPEN.....	55	ORSYTHIA.....	60	PENTRAVAN PLUS.....	134
NOVOLIN R.....	55	OS-CAL.....	117	<i>peptic relief</i>	67
NOVOLIN R FLEXPEN.....	55	<i>oseltamivir phosphate</i>	40	<i>perindopril erbumine</i>	51
NOVOLOG.....	56	<i>oxacillin sodium</i>	44	PERIOGARD.....	127
NOVOLOG FLEXPEN.....	55	<i>oxaliplatin</i>	15	PERIOMED.....	127
NOVOLOG MIX 70/30.....	55	<i>oxandrolone</i>	53	<i>permethrin</i>	133
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	55	<i>oxcarbazepine</i>	101	<i>perphenazine</i>	106
NOVOLOG PENFILL.....	55	<i>oxybutynin chloride</i>	75	PERSERIS.....	107
NOXAFIL.....	37	<i>oxybutynin chloride er</i>	75	<i>petrolatum</i>	51
NUBEQA.....	20	<i>oxycodone hcl</i>	30	PFIZERPEN.....	44
NUDEXTA.....	108	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	30	<i>pharbedryl</i>	88
NUFERA.....	79	OXYCONTIN.....	30	PHARBETOL.....	33
NU-IRON.....	79	OYSCO 500.....	117	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	33
NULOJIX.....	25	OYSCO 500+D.....	117	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	69
NULYTELY LEMON-LIME.....	73	<i>oyster shell calcium</i>	117	<i>phendimetrazine tartrate</i>	111
NU-MAG.....	117	<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	117	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	111
NUPLAZID.....	106	<i>oyster shell calcium w/d</i>	117	<i>phenelzine sulfate</i>	104
NUTRILIPID.....	118	<i>oyster shell calcium/d</i>	117	<i>phenobarbital</i>	101
NYAMYC.....	128	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	117	<i>phenobarbital sodium</i>	101
NYLIA 1/35.....	60	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	54	<i>phentermine hcl</i>	111, 112
		OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	54	PHENYTEK.....	101
				<i>phenytoin</i>	101

<i>phenytoin sodium</i>	101	PREVYMIS.....	40	<i>qc fiber laxative</i>	73
<i>phenytoin sodium extended</i>	101	PREZCOBIX.....	36	<i>qc gas relief extra strength</i>	69
PHESGO.....	18	PREZISTA.....	35	<i>qc gentle laxative</i>	73
PHILITH.....	60	PRIFTIN.....	36	<i>qc loratadine allergy relief</i>	88
<i>phytonadione</i>	123	<i>primaquine phosphate</i>	39	<i>qc loratadine-d</i>	95
PIFELTRO.....	35	<i>primidone</i>	101	<i>qc miconazole 7</i>	75
<i>pilocarpine hcl</i>	80, 127	PRIVIGEN.....	24	<i>qc milk of magnesia</i>	73
<i>pimozide</i>	107	<i>probenecid</i>	34	<i>qc natural vegetable</i>	73
PIMTREA.....	60	PROCALAMINE.....	119	<i>qc natural vegetable laxative</i>	73
<i>pindolol</i>	47	<i>prochlorperazine</i>	68	<i>qc non-aspirin childrens</i>	33
<i>pioglitazone hcl</i>	54	<i>prochlorperazine edisylate</i>	68	<i>qc non-aspirin extra strength</i>	33
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	44	<i>prochlorperazine maleate</i>	68	<i>qc pain relief</i>	33
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	18	PROCRIT.....	77	<i>qc pain relief childrens</i>	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	18	PROCTO-MED HC.....	134	<i>qc pain relief extra strength</i>	33
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	18	PROCTO-PAK.....	134	<i>qc povidone iodine</i>	134
PIRMELLA 1/35.....	60	PROCTOSOL HC.....	134	<i>qc stool softener</i>	73
<i>piroxicam</i>	29	PROCTOZONE-HC.....	134	<i>qc stool softener pls laxative</i>	73
PLASMA-LYTE 148.....	114	PROGRAF.....	25	<i>qc suphedrine maximum strength</i>	95
PLASMA-LYTE A.....	114	PROLASTIN-C.....	89	<i>qc tolinaftate</i>	129
PLENAMINE.....	119	PROLENSA.....	82	<i>qc triple antibiotic max st</i>	130
PLENVU.....	73	PROLIA.....	65	<i>qc tussin cf</i>	95
<i>podofilox</i>	134	PROMACTA.....	77	<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	95
<i>poly vitamin</i>	123	<i>promethazine hcl</i>	68	<i>qc tussin mucus/congestion</i>	95
<i>polyethylene glycol 3350</i>	51	<i>promethazine-codeine</i>	95	QINLOCK.....	18
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	81	<i>promethazine-dm</i>	95	Q-SORB.....	113
<i>poly-tussin ac</i>	95	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	95	Q-SORB CO Q-10.....	113
<i>polyvitamin/iron</i>	123	<i>propafenone hcl</i>	45	QSYMIA.....	112
POMALYST.....	22	<i>propafenone hcl er</i>	45	QUADRACEL.....	27
PORTIA-28.....	60	<i>proparacaine hcl</i>	83	<i>quetiapine fumarate</i>	107
<i>posaconazole</i>	37	<i>propranolol hcl</i>	47	<i>quetiapine fumarate er</i>	107
<i>potassium chloride</i>	114, 115	<i>propranolol hcl er</i>	47	<i>quinapril hcl</i>	51
<i>potassium chloride crys er</i>	115	<i>propylthiouracil</i>	52	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>potassium chloride er</i>	115	PROQUAD.....	27	<i>quinidine sulfate</i>	45
<i>potassium chloride in dextrose</i>	114	PROSOL.....	119	<i>quinine sulfate</i>	39
<i>potassium chloride in nacl</i>	114	<i>protriptyline hcl</i>	104	<i>ra balanced b-100</i>	124
<i>potassium citrate er</i>	76	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	95	<i>ra balanced b-50</i>	124
<i>povidone-iodine</i>	134	<i>pseudoephedrine hcl</i>	95	<i>ra coenzyme q-10</i>	113
PRALUENT.....	46	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	95	<i>ra vitamin b-1</i>	124
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	98	PULMICORT FLEXHALER.....	90	<i>ra vitamin b12</i>	124
<i>prasugrel hcl</i>	79	PULMOZYME.....	89	<i>ra vitamin c cr</i>	124
<i>pravastatin sodium</i>	46	<i>purevit dualfe plus</i>	79	RABAVERT.....	27
<i>praziquantel</i>	39	PURIXAN.....	21	<i>rabeprazole sodium</i>	71
<i>prazosin hcl</i>	46	<i>pyrazinamide</i>	36	<i>raloxifene hcl</i>	62
<i>prednisolone</i>	64	<i>pyridostigmine bromide</i>	108	<i>ramipril</i>	51
<i>prednisolone acetate</i>	82	<i>pyridoxine hcl</i>	124	<i>ranolazine er</i>	50
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	64, 82	<i>qc all day allergy</i>	88	<i>rasagiline mesylate</i>	98
<i>prednisone</i>	64	<i>qc antacid</i>	67	RAYALDEE.....	52
PREDNISONE INTENSOL.....	64	<i>qc antacid/anti-gas</i>	67	RECLIPSEN.....	60
<i>preferred plus insulin syringe</i>	56	<i>qc anti-diarrheal</i>	67	RECOMBIVAX HB.....	27
<i>pregabalin</i>	101	<i>qc anti-itch extra strength</i>	129	RECTIV.....	134
<i>pregabalin er</i>	108	<i>qc arthritis pain relief</i>	33	<i>reeses pinworm medicine</i>	39
PREMASOL.....	119	<i>qc aspirin</i>	33	REFRESH.....	83
<i>prenatal</i>	115, 123	<i>qc calamine</i>	134	REFRESH CELLUVISC.....	83
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	115	<i>qc childrens allergy</i>	88	REFRESH LIQUIGEL.....	83
<i>prenatal vitamins</i>	123	<i>qc childrens ibuprofen</i>	29	REFRESH OPTIVE.....	83
PRESERVISION AREDS.....	124	<i>qc diarrhea relief</i>	67	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	83
PRESERVISION AREDS 2.....	123	<i>qc enema</i>	73	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
PRESERVISION/LUTEIN.....	124	<i>qc enteric aspirin</i>	33	PF.....	83
PREVALITE.....	46	<i>qc epsom salt</i>	73	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	83
PREVIFEM.....	60	<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	88	REFRESH OPTIVE PF.....	83

REFRESH PLUS.....	83	RUXIENCE.....	18	sm 3-day vaginal.....	75
REFRESH RELIEVA.....	83	RYBELSUS.....	54	sm 8 hour pain relief.....	33
REFRESH TEARS.....	83	RYDAPT.....	18	sm all day allergy.....	88
REGRANEX.....	130	<i>rynex pse</i>	96	sm all day allergy childrens.....	88
RELENZA DISKHALER.....	40	SAJAZIR.....	77	sm all day allergy-d.....	96
RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	56	SANDIMMUNE.....	25	sm allergy childrens.....	88
RELISTOR.....	69	SANTYL.....	130	sm allergy relief.....	88
REMEDY ANTIFUNGAL.....	129	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62	sm animal shapes kids first.....	124
REMEDY PHYTOPLEX		<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	96	sm antacid advanced.....	67
ANTIFUNGAL.....	129	<i>sb lice killing max st</i>	133	sm antacid advanced max st.....	67
REMICADE.....	23	<i>sb oyster shell calcium</i>	117	sm antacid maximum strength.....	67
RENAL.....	124	SCEMBLIX.....	18	sm antacid/antigas.....	67
<i>rena-vite</i>	124	<i>scopolamine</i>	68	sm antibiotic.....	130
RENFLEXIS.....	23	SECUADO.....	107	sm anti-diarrheal.....	67
<i>reno caps</i>	124	<i>selegiline hcl</i>	98	sm antifungal clotrimazole.....	129
<i>repaglinide</i>	54	<i>selenious acid</i>	119	sm antifungal miconazole.....	129
RESTASIS.....	83	<i>selenium sulfide</i>	131	sm antifungal tolnaftate.....	129
RESTASIS MULTIDOSE.....	83	SELZENTRY.....	35	sm anti-itch extra strength.....	129
RESTORA RX.....	69	SENEXON-S.....	73	sm antiseptic skin cleanser.....	134
RETEVMO.....	18	<i>senna</i>	73	sm arthritis pain relief.....	33
REVLIMID.....	22	<i>senna laxative</i>	73	sm aspirin.....	33
REXULTI.....	107	<i>senna plus</i>	73	sm aspirin ec.....	33
REYATAZ.....	35	<i>senna s</i>	73	sm athletes foot.....	129
REZUROCK.....	25	<i>senna-lax</i>	73	sm b100 complex.....	124
RHOPRESSA.....	80	<i>senna-s</i>	73	sm balanced b-50.....	124
RIABNI.....	18	<i>senna-tabs</i>	73	sm b-complex.....	124
<i>ribavirin</i>	40	<i>senna-time</i>	74	sm calamine.....	134
RID LICE KILLING SHAMPOO.....	133	<i>senna-time s</i>	73	sm calamine phenolated.....	134
<i>rifabutin</i>	36	SENNO.....	74	sm calcium 600/vitamin d.....	117
<i>rifampin</i>	36	SEREVENT DISKUS.....	85	sm calcium citrate w/vit d3.....	117
<i>riluzole</i>	108	<i>sertraline hcl</i>	104	sm calcium-magnesium-zinc.....	117
<i>rimantadine hcl</i>	40	<i>se-tan plus</i>	79	sm chewable c.....	124
RINVOQ.....	23	SETLAKIN.....	60	sm childrens ibuprofen.....	29
<i>risedronate sodium</i>	65	<i>sevelamer carbonate</i>	51	sm childrens loratadine.....	88
RISPERDAL CONSTA.....	107	SHAROBEL.....	60	sm clotrimazole vaginal.....	75
<i>risperidone</i>	107	SHINGRIX.....	27	sm coenzyme q-10.....	113
<i>ritonavir</i>	35	SIGNIFOR.....	63	sm cough dm.....	96
RITUXAN.....	18	<i>silace</i>	74	sm cough dm childrens.....	96
RITUXAN HYCELA.....	18	<i>siladryl allergy</i>	88	sm ear drops.....	135
<i>rivastigmine</i>	103	<i>sildenafil citrate</i>	50	sm enema.....	74
<i>rivastigmine tartrate</i>	103	<i>silphen dm cough</i>	96	sm fexofenadine hcl.....	88
RIVELSA.....	60	<i>siltussin das</i>	96	sm fiber.....	74
<i>rizatriptan benzoate</i>	108	<i>siltussin dm das</i>	96	sm folic acid.....	124
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	95	<i>siltussin sa</i>	96	sm gas relief.....	70
ROBAFEN DM CGH/CHEST		<i>siltussin-dm alcohol free</i>	96	sm gas relief antifatulent.....	69
CONGEST.....	95	<i>silver sulfadiazine</i>	130	sm gas relief extra strength.....	69
ROBAFEN DM COUGH.....	95	SIMBRINZA.....	80	sm gas relief infants.....	69
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMLIYA.....	60	sm gentle laxative.....	74
CONGESTION.....	96	SIMPESSE.....	60	sm ibuprofen ib.....	29
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH.....	96	<i>simvastatin</i>	46	sm infants ibuprofen.....	29
<i>ropinirole hcl</i>	98	<i>sinus 12 hour</i>	96	sm iron slow release.....	79
ROSDAN.....	134	<i>sinus nasal spray</i>	96	sm lice killing max strength.....	133
<i>rosuvastatin calcium</i>	46	<i>sinus relief extra strength</i>	96	sm lice solution kit.....	133
ROTARIX.....	27	<i>sirolimus</i>	25	sm lice treatment.....	133
ROTATEQ.....	27	SIRTURO.....	36	sm loratadine.....	88
ROWEEPRA.....	101	SIVEXTRO.....	39	sm loratadine allergy relief.....	88
ROZLYTREK.....	18	SKYRIZI.....	24	sm lorata-dine d.....	96
RUBRACA.....	18	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	23	sm lubricant eye drops.....	83
<i>rufinamide</i>	101	SKYRIZI PEN.....	23	sm lubricating plus.....	83
RUKOBIA.....	35	<i>slow release iron</i>	79	sm lubricating tears.....	83

<i>sm magnesium</i>	118	SORINE.....	45	SYNRIBO.....	22
<i>sm miconazole 3</i>	75	<i>sotalol hcl</i>	45	SYNTHROID.....	52
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	75	<i>sotalol hcl (af)</i>	45	SYSTANE.....	83, 84
<i>sm miconazole 7</i>	75	<i>span c</i>	125	SYSTANE BALANCE.....	83
<i>sm milk of magnesia</i>	74	<i>spironolactone</i>	44	SYSTANE COMPLETE.....	83
<i>sm multiple vitamins essential</i>	124	<i>spironolactone-hctz</i>	49	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	124	SPRINTEC 28.....	60	THERAPY.....	84
<i>sm nasal decongestant max st</i>	96	SPRITAM.....	101	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	84
<i>sm nasal decongestant pe</i>	96	SPRYCEL.....	18	SYSTANE ULTRA.....	84
<i>sm nasal spray</i>	96	SPS.....	52	SYSTANE ULTRA PF.....	84
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	96	SRONYX.....	60	TAB-A-VITE.....	125
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	96	SSD.....	131	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	125
<i>sm nasal spray sinus</i>	96	<i>stavudine</i>	35	<i>tab-a-vitel/iron</i>	125
<i>sm nicotine</i>	112	STELARA.....	24	TABLOID.....	21
<i>sm nicotine polacrilex</i>	112	<i>sterile water for irrigation</i>	130	TABRECTA.....	18
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	96	<i>stimulant laxative</i>	74	<i>tacrolimus</i>	25, 134
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	118	STIVARGA.....	18	TAFINLAR.....	18
<i>sm pain & fever childrens</i>	33	<i>stomach relief</i>	68	TAGRISSO.....	18
<i>sm pain & fever infants</i>	34	<i>stool softener</i>	74	TALTZ.....	24
<i>sm pain relief</i>	34	<i>stool softener laxative</i>	74	TALZENNA.....	18
<i>sm pain reliever</i>	34	<i>stool softener plus laxative</i>	74	<i>tamoxifen citrate</i>	20
<i>sm pain reliever ex st</i>	34	<i>streptomycin sulfate</i>	39	<i>tamsulosin hcl</i>	76
<i>sm pediatric electrolyte</i>	115	<i>stress formula</i>	125	TARGRETIN.....	134
<i>sm povidone-iodine</i>	134	<i>stress formulaliron</i>	125	TARINA 24 FE.....	60
<i>sm senna laxative</i>	74	STRIBILD.....	36	TARINA FE 1/20 EQ.....	60
<i>sm senna-s</i>	74	STROVITE FORTE.....	125	TASIGNA.....	19
<i>sm stomach relief</i>	67, 68	STROVITE ONE.....	125	<i>tazarotene</i>	131
<i>sm stool softener</i>	74	SUBVENITE.....	101	TAZICEF.....	42
<i>sm stool softener/laxative</i>	74	<i>sucralfate</i>	70	TAZORAC.....	131
<i>sm super b complex/c</i>	124	SUDOGEST.....	97	TAZTIA XT.....	48
<i>sm triple antibiotic</i>	131	<i>sudogest 12 hour</i>	97	TAZVERIK.....	19
<i>sm triple antibiotic max st</i>	131	SUDOGEST MAXIMUM		TDVAX.....	27
<i>sm tussin cf</i>	96	STRENGTH.....	97	TECENTRIQ.....	19
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	96	<i>sulfacetamide sodium</i>	81	TEFLARO.....	42
<i>sm tussin dm</i>	96	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	130	<i>telmisartan</i>	45
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	97	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	80	<i>telmisartan-amlodipine</i>	48
<i>sm vit c/rose hips</i>	124	<i>sulfadiazine</i>	39	<i>telmisartan-hctz</i>	48
<i>sm vitamin b1</i>	124	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	39	<i>temazepam</i>	109
<i>sm vitamin b-12</i>	124	SULFAMYLON.....	131	TEMIXYS.....	36
<i>sm vitamin b12 tr</i>	124	<i>sulfasalazine</i>	70	TENIVAC.....	27
<i>sm vitamin b-6</i>	124	<i>sulindac</i>	29	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	35
<i>sm vitamin c</i>	124	<i>sumatriptan</i>	108	TEPMETKO.....	19
<i>sm vitamin c cr</i>	124	<i>sumatriptan succinate</i>	108, 109	<i>terazosin hcl</i>	46
<i>sm vitamin d3</i>	124	<i>sumatriptan succinate refill</i>	108	<i>terbinafine hcl</i>	37, 129
<i>sm vitamin e</i>	124, 125	<i>sunitinib malate</i>	18	<i>terbutaline sulfate</i>	85
<i>sm zinc gluconate</i>	118	SUPER NU-THERA.....	125	<i>terconazole</i>	75
<i>sodium bicarbonate</i>	67	SUPER QUINTS B-50.....	125	TESSALON PERLES.....	97
<i>sodium chloride</i>	97, 114, 130	<i>superplex-t</i>	125	<i>testosterone</i>	53
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	83	<i>suphedrine 12hour</i>	97	<i>testosterone cypionate</i>	53
<i>sodium fluoride</i>	115	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	74	<i>testosterone enanthate</i>	53
<i>sodium phenylbutyrate</i>	63	SYEDA.....	60	<i>tetrabenazine</i>	108
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	52	SYMBICORT.....	89	<i>tetracycline hcl</i>	44
<i>solifenacin succinate</i>	75	SYMDEKO.....	89	THALOMID.....	22
SOLQUA.....	56	SYMJEPI.....	90	THEO-24.....	90
SOLTAMOX.....	20	SYMPAZAN.....	101	<i>theophylline</i>	90
SOLU-CORTEF.....	64	SYMTOZA.....	36	<i>theophylline er</i>	90
SOMATULINE DEPOT.....	63	SYNAREL.....	63	THERA.....	125
SOMAVERT.....	63	SYNERCID.....	39	THERATEARS.....	84
SOOTHE & COOL INZO		SYNJARDY.....	54	THERATEARS PF.....	84
ANTIFUNGAL.....	129	SYNJARDY XR.....	54	THEREMS.....	125

<i>thiamine hcl</i>	125	<i>trifluridine</i>	81	UKONIQ.....	19
<i>thiamine mononitrate</i>	125	<i>trigels-f forte</i>	79	<i>ultra lubricating eye drops</i>	84
<i>thioridazine hcl</i>	107	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	98	UNITHROID.....	52
<i>thiothixene</i>	107	TRIJARDY XR.....	54	<i>ursodiol</i>	70
<i>thrivite 19</i>	125	TRIKAFTA.....	90	<i>valacyclovir hcl</i>	40
TIADYLT ER.....	48	TRI-LEGEST FE.....	60	VALCHLOR.....	134
<i>tiagabine hcl</i>	102	TRI-LINYAH.....	60	<i>valganciclovir hcl</i>	40
TIBSOVO.....	19	TRI-LO-ESTARYLLA.....	60	<i>valproate sodium</i>	102
TICOVAC.....	27	TRI-LO-MARZIA.....	60	<i>valproic acid</i>	102
<i>tigecycline</i>	44	TRI-LO-MILI.....	60	<i>valsartan</i>	45
TILIA FE.....	60	TRI-LO-SPRINTEC.....	60	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	49
<i>timolol maleate</i>	47, 80	<i>trimethoprim</i>	39	VALTOCO 10 MG DOSE.....	102
<i>timolol maleate (once-daily)</i>	80	TRI-MILI.....	60	VALTOCO 15 MG DOSE.....	102
TIVICAY.....	35	<i>trimipramine maleate</i>	104	VALTOCO 20 MG DOSE.....	102
TIVICAY PD.....	35	TRINTELLIX.....	104	VALTOCO 5 MG DOSE.....	102
<i>tizanidine hcl</i>	99	TRI-NYMYO.....	60	VANADOM.....	99
<i>tl-hem 150</i>	79	<i>triphrocaps</i>	125	<i>vancomycin hcl</i>	39
TOBRADEX.....	81	<i>triple antibiotic</i>	131	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	39
TOBRADEX ST.....	81	<i>triple antibiotic plus</i>	131	VANDAZOLE.....	75
<i>tobramycin</i>	39, 81	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	131	VAQTA.....	27
<i>tobramycin sulfate</i>	39	TRI-PREVIFEM.....	61	<i>varenicline tartrate</i>	112
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	81	TRI-SPRINTEC.....	61	VARIVAX.....	27
<i>tolnaftate</i>	129	TRIUMEQ.....	36	VASCEPA.....	46
<i>tolnaftate antifungal</i>	129	<i>tri-vitamin/fluoride</i>	125	<i>vegetable lax+stool softener</i>	74
<i>tolterodine tartrate</i>	75	TRIVORA (28).....	61	VELCADE.....	19
<i>tolterodine tartrate er</i>	75	TRI-VYLIBRA.....	61	VELIVET.....	61
<i>topiramate</i>	102	TRI-VYLIBRA LO.....	61	VELTASSA.....	52
TOPOSAR.....	22	TROGARZO.....	35	VEMLIDY.....	40
<i>toremifene citrate</i>	20	TROPHAMINE.....	119	VENCLEXTA.....	19
<i>torsemide</i>	49	<i>tropium chloride</i>	75	VENCLEXTA STARTING PACK.....	19
<i>total b/c</i>	125	TRULICITY.....	54	<i>venlafaxine hcl</i>	104
TOVIAZ.....	75	TRUMENBA.....	27	<i>venlafaxine hcl er</i>	104
TPN ELECTROLYTES.....	114	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	19	VENOFER.....	79
TRADJENTA.....	54	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	19	VENTAVIS.....	50
TRALEMENT.....	119	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	19	VENTOLIN HFA.....	85
<i>tramadol hcl</i>	30	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	19	<i>verapamil hcl</i>	48
<i>tramadol-acetaminophen</i>	30	TRUXIMA.....	19	<i>verapamil hcl er</i>	48
<i>trandolapril</i>	51	TUKYSA.....	19	VERSACLOZ.....	107
<i>tranexamic acid</i>	77	TURALIO.....	19	VERZENIO.....	19
<i>tranylcypromine sulfate</i>	104	TUSNEL C.....	97	VESTURA.....	61
TRAVASOL.....	119	<i>tusnel diabetic</i>	97	V-GO 20.....	56
TRAZIMERA.....	19	TUSNEL-EX.....	97	V-GO 30.....	56
<i>trazodone hcl</i>	104	TUSSICAPS.....	97	V-GO 40.....	56
TRECTOR.....	36	<i>tussin cf</i>	97	VICTOZA.....	54
TRELEGY ELLIPTA.....	88	<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	97	VIENVA.....	61
TRELSTAR MIXJECT.....	20	<i>tussin cough</i>	97	<i>vigabatrin</i>	102
<i>treprostinil</i>	50	<i>tussin dm</i>	97	VIGADRONE.....	102
TRESIBA.....	56	<i>tussin dm cough + chest</i>	97	VIIBRYD.....	104
TRESIBA FLEXTOUCH.....	56	<i>tussin dm max</i>	97	VIIBRYD STARTER PACK.....	104
<i>tretinoin</i>	22, 130	<i>tussin mucus & chest congest</i>	97	VIMPAT.....	102
<i>triamcinolone acetonide</i>	127, 132	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	97	<i>vincristine sulfate</i>	22
<i>triamterene-hctz</i>	49	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	97	<i>vinorelbine tartrate</i>	22
<i>tri-buffered aspirin</i>	34	TWINRIX.....	27	<i>violele</i>	61
TRICARE.....	115	TYBOST.....	35	VIRACEPT.....	35
TRICON.....	79	TYDEMY.....	61	VIREAD.....	35
TRIDERM.....	132	TYPHIM VI.....	27	<i>virt-caps</i>	125
<i>trientine hcl</i>	52	UBRELVY.....	109	VIRT-GARD.....	125
TRI-ESTARYLLA.....	60	UDAMIN SP.....	125	<i>virtussin a/c</i>	97
TRIFERIC.....	79			<i>virtussin ac w/alc</i>	98
<i>trifluoperazine hcl</i>	107			<i>virtussin dac</i>	98

<i>vita-bee/c</i>	125	XOSPATA.....	19
VITAFOL.....	125	XPOVIO (100 MG ONCE	
VITAL-D RX.....	125	WEEKLY).....	19
<i>vitamin a</i>	125	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	19
<i>vitamin b-1</i>	125	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	19
<i>vitamin b-12</i>	125, 126	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-12 er</i>	125	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b12 tr</i>	126	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin b-6</i>	126	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	20
<i>vitamin c</i>	126	XTANDI.....	21
<i>vitamin c er</i>	126	XULANE.....	61
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	126	XULTOPHY.....	56
<i>vitamin c-rose hips er</i>	126	XYREM.....	109
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	126	YF-VAX.....	27
<i>vitamin d</i>	126	<i>yl coenzyme q10</i>	113
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	126	YUVAFEM.....	63
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	126	ZAFEMY.....	61
<i>vitamin d3</i>	126, 127	<i>zafirlukast</i>	90
<i>vitamin e</i>	127	<i>zaleplon</i>	109
<i>vitamin k1</i>	127	ZARXIO.....	77
<i>vitamins acd-fluoride</i>	127	ZEASORB-AF.....	129
<i>vitamins for hair</i>	127	ZEJULA.....	20
VITRAKVI.....	19	ZELBORAF.....	20
VITREXYL.....	127	ZEMAIRA.....	90
VITREXYL + IRON.....	127	ZENATANE.....	130
VIVITROL.....	112	ZENPEP.....	70
VIZIMPRO.....	19	ZERVIAE.....	80
<i>voriconazole</i>	37	<i>zidovudine</i>	35
VOSEVI.....	40	<i>zinc</i>	118
VOTRIENT.....	19	<i>zinc chloride</i>	119
<i>vp-vite rx</i>	127	<i>zinc gluconate</i>	118
VRAYLAR.....	107	<i>zinc oxide</i>	134
VYFEMLA.....	61	<i>zinc sulfate</i>	118
VYLIBRA.....	61	<i>ziprasidone hcl</i>	107
VYZULTA.....	80	<i>ziprasidone mesylate</i>	107
<i>warfarin sodium</i>	76	ZIRABEV.....	20
<i>wee care</i>	79	ZIRGAN.....	81
WELIREG.....	22	<i>zoledronic acid</i>	65
WERA.....	61	ZOLINZA.....	20
<i>westab mini</i>	127	<i>zolmitriptan</i>	109
<i>womens laxative</i>	74	<i>zolpidem tartrate</i>	109
WYMZYA FE.....	61	<i>zonisamide</i>	102
XALKORI.....	19	<i>zoo friends</i>	127
XARELTO.....	76	<i>zoo friends complete</i>	127
XARELTO STARTER PACK.....	76	<i>zoo friends gummies</i>	127
XATMEP.....	26	ZORTRESS.....	25
XCOPRI.....	102	ZOSTRIX HP.....	134
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	102	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	102		134
XELJANZ.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	61
XELJANZ XR.....	24	ZUMANDIMINE.....	61
XENICAL.....	63	ZYDELIG.....	20
XERAC AC.....	134	ZYKADIA.....	20
XERMELO.....	70	ZYLET.....	81
XGEVA.....	65	ZYPREXA RELPREVV.....	107, 108
XIFAXAN.....	70		
XIGDUO XR.....	54, 55		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	40		
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	41		
XOLAIR.....	90		

Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)

2022 Formulário: Lista de medicamentos cobertos

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY 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 solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 2/22/2022.

H9576_PhmdrugList22 Approved 08/26/2021



Se tiver questões, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, ao sábado. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.