



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

POR FAVOR LEIA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM INFORMAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE ABRANGEMOS NESTE PLANO Em caso de dúvidas ou questões, por favor, telefone para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Identificação de Submissão de Arquivo do Formulário Aprovado do HPMS: H9576. Não fazemos alterações neste formulário desde 9/2021.

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

Introdução

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

Índice

A. Isenção de Responsabilidade.....	III
B. Perguntas Frequentes (FAQ)	IV
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.).....	IV
B2. Em algum momento, a Lista de Medicamentos é alterada?	V
B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?.....	VI
B4. Existem restrições ou limites na cobertura de medicamentos ou ações necessárias para obter determinados medicamentos?.....	VII
B5. Como saberá se o medicamento que você deseja tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?	VIII
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)?	VIII
B7. Como pode encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?	VIII
B8. E se o medicamento que você deseja toma não estiver na Lista de Medicamentos?.....	IX

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



B9. E se for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o seu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver algum problema para obtê-lo?	IX
B10. Você pode pedir uma exceção para cobrir o seu medicamento?	X
B11. Como é que pode pedir uma exceção?	X
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	XI
B13. O que são medicamentos genéricos?	XI
B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?	XI
B15. Qual é o seu copagamento?	XI
B16. O que são níveis de medicamentos?	XI
C. Visão geral da Lista de Medicamentos Cobertos.....	XII
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	XIII
D. Índice de Medicamentos Cobertos	93

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



A. Isenção de Responsabilidade

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

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

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



អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។
ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។

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

B. Perguntas Frequentes (FAQ)

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

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

Os medicamentos na *Lista de Medicamentos Cobertos* que começa na página 1 medicamentos abrangidos pelo Neighborhood INTEGRITY. Estes medicamentos estão disponíveis em farmácias da nossa rede. Uma farmácia está na nossa rede se tivermos um acordo com eles para trabalhar connosco e fornecer a si os seus serviços. Nós nos referimos a essas farmácias como “farmácias da rede”.

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



- 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 reenchimento.

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

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

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

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

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

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas 1-92. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Também nos pode pedir para enviar uma cópia.

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



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

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

A *Lista de Medicamentos Cobertos* na página 1 possui uma coluna denominada “Ações necessárias, restrições ou limites de uso”.

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

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

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

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

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

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a seção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página 93.

Para pesquisar **por condição médica**, localize a seção “Lista de medicamentos por condição médica” na página 1. Os medicamentos nesta seção são agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas para as quais são usados. Por exemplo, se tem um problema cardíaco, deve procurar a categoria Cardiovasculares. É aqui que encontrará medicamentos que tratam problemas cardíacos.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

B11. Como é que pode pedir uma exceção?

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

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



B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

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

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

B13. O que são medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

B15. Qual é o seu copagamento?

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

B16. O que são níveis de medicamentos?

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

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

Todos os níveis não têm copagamento.

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



C. Visão geral da Lista de Medicamentos Cobertos

A *Lista de Medicamentos Cobertos* fornece informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver problemas para encontrar o seu medicamento na lista, vá até ao Índice de Medicamentos Cobertos, que começa na página 93. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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

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

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



C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica | Data Efetiva: 1 out. 2021

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS OU LIMITES DE USO	RESTRIÇÕES
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS			
Agentes Alquilantes			
BENDEKA	\$0, Nível 2	B/D; NDS	
<i>carboplatin intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	B/D	
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D	
<i>cyclophosphamide injection</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS	
<i>cyclophosphamide intravenous</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS	
<i>cyclophosphamide oral capsule</i>	\$0, Nível 1	B/D	
<i>cyclophosphamide oral tablet</i>	\$0, Nível 2	B/D	
LEUKERAN	\$0, Nível 2	NDS	
<i>oxaliplatin intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	B/D	
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS	
PARAPLATIN INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/100ML	\$0, Nível 1	B/D	
Agentes Alvo Moleculares			
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 2 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS	
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 3 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS	
AFINITOR DISPERZ ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS	
AFINITOR ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS	
ALECENSA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
ALUNBRIG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
AVASTIN	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
AYVAKIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS	
BALVERSA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
<i>bortezomib</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS	
BOSULIF	\$0, Nível 2	PA; NDS	
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
BRUKINSA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
CABOMETYX	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS	
CALQUENCE	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
CAPRELSA	\$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)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
COPIKTRA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
COTELLIC	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
DAURISMO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
ERIVEDGE	\$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	

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>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FARYDAK	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FOTIVDA	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
GAVRETO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GILOTRIF	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA	\$0, Nível 2	PA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
HERZUMA	\$0, Nível 2	PA; NDS
IBRANCE	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IDHIFA	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
INREBIC	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
IRESSA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
JAKAFI	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
KADCYLA	\$0, Nível 2	B/D; NDS
KANJINTI	\$0, Nível 2	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (400 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (600 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

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
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LORBRENA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MONJUVI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MVASI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NERLYNX	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NINLARO	\$0, Nível 2	PA; NDS
ODOMZO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
OGIVRI	\$0, Nível 2	PA; NDS
ONTRUZANT	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEMAZYRE	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PHESGO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
QINLOCK	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RETEVMO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RIABNI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUBRACA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUXIENCE	\$0, Nível 2	PA; NDS
RYDAPT	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRYCEL	\$0, Nível 2	PA; NDS
STIVARGA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SUTENT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAFINLAR	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TAGRISSE	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TASIGNA	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAZVERIK	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

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
TECENTRIQ	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TIBSOVO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA	\$0, Nível 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA	\$0, Nível 2	PA; NDS
TUKYSA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TURALIO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
UKONIQ	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION	\$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	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VIZIMPRO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VOTRIENT	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XALKORI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOSPATA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEJULA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZELBORAF	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZIRABEV	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZOLINZA	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZYDELIG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>anastrozole oral</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
<i>bicalutamide</i>	\$0, Nível 1	
EMCYT	\$0, Nível 2	
ERLEADA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>exemestane</i>	\$0, Nível 1	
<i>flutamide</i>	\$0, Nível 1	
<i>fulvestrant</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>letrozole oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>leuprolide acetate injection</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	\$0, Nível 2	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet</i>	\$0, Nível 2	
<i>nilutamide</i>	\$0, Nível 2	NDS
NUBEQA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ORGOVYX	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SOLTAMOX	\$0, Nível 2	NDS
<i>tamoxifen citrate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>toremifene citrate</i>	\$0, Nível 2	NDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 3.75 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XTANDI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYTIGA ORAL TABLET 500 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</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>leucovorin calcium oral</i>	\$0, Nível 1	
MESNEX ORAL	\$0, Nível 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal</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	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>azacitidine</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>fluorouracil intravenous</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</i>	\$0, Nível 1	B/D

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>mercaptopurine oral</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</i>	\$0, Nível 1	B/D
ONUREG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PURIXAN	\$0, Nível 2	NDS
TABLOID	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>bexarotene</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral</i>	\$0, Nível 1	
INQOVI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>irinotecan hcl</i>	\$0, Nível 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; NDS
LONSURF	\$0, Nível 2	PA; NDS
MATULANE	\$0, Nível 2	LA; NDS
SYNRIBO	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
Imunomoduladores		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
Inibidores Mitóticos		
ABRAXANE	\$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</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>vinorelbine tartrate</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	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8.16 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	\$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	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START	\$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	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
REMICADE	\$0, Nível 2	PA; NDS
RENFLEXIS	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RINVOQ	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SKYRIZI	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI (150 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI PEN	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
XELJANZ XR	\$0, Nível 2	PA; 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
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	\$0, Nível 2	B/D
GAMMAGARD	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA	\$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	\$0, Nível 2	PA; NDS
OCTAGAM	\$0, Nível 2	PA; NDS
PANZYGA	\$0, Nível 2	PA; NDS
PRIVIGEN	\$0, Nível 2	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ARCALYST	\$0, Nível 2	PA; NDS
INTRON A	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Imunossuppressores		
<i>azathioprine oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
BENLYSTA	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate sodium</i>	\$0, Nível 1	B/D
NULOJIX	\$0, Nível 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET	\$0, Nível 2	B/D
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	B/D
<i>sirolimus oral solution</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS

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>tacrolimus oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>leflunomide oral</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>methotrexate oral</i>	\$0, Nível 1	
XATMEP	\$0, Nível 2	B/D
Vacinas		
ACTHIB	\$0, Nível 2	
ADACEL	\$0, Nível 2	
<i>bcg vaccine</i>	\$0, Nível 2	
BEXSERO	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nível 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0, Nível 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	\$0, Nível 2	B/D
ENGERIX-B INJECTION	\$0, Nível 2	B/D
GARDASIL 9	\$0, Nível 2	
HAVRIX	\$0, Nível 2	
HIBERIX INJECTION	\$0, Nível 2	
IMOVAX RABIES	\$0, Nível 2	B/D
INFANRIX	\$0, Nível 2	
IPOL	\$0, Nível 2	
IXIARO	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	
MENVEO	\$0, Nível 2	
M-M-R II INJECTION	\$0, Nível 2	
PEDIARIX	\$0, Nível 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
PENTACEL	\$0, Nível 2	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
QUADRACEL	\$0, Nível 2	
RABAVERT	\$0, Nível 2	B/D
RECOMBIVAX HB	\$0, Nível 2	B/D
ROTARIX	\$0, Nível 2	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$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
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX	\$0, Nível 2	B/D
TENIVAC	\$0, Nível 2	B/D
TRUMENBA	\$0, Nível 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
TYPHIM VI	\$0, Nível 2	
VAQTA	\$0, Nível 2	
VARIVAX	\$0, Nível 2	
YF-VAX	\$0, Nível 2	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	QL (1 per 999 days)
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>diflunisal oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>ec-naproxen</i>	\$0, Nível 1	
<i>etodolac er</i>	\$0, Nível 1	
<i>etodolac oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen junior st tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 1	
<i>ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ibuprofen oral suspension</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>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MEDI-PROFEN SUSPENSION 40 MG/ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>meloxicam oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>nabumetone oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet delayed release</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>piroxicam oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>sb infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ibuprofen jr tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sulindac oral</i>	\$0, Nível 1	
Analgésico De Opioides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine #3</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution</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</i>	\$0, Nível 2	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 200 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 400 mcg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid</i>	\$0, Nível 1	QL (600 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate oral solution</i>	\$0, Nível 1	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>morphine sulfate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection</i>	\$0, Nível 2	
<i>oxycodone hcl oral capsule</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</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet</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</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (4 per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/1hr, 12 mcg/1hr, 25 mcg/1hr, 50 mcg/1hr, 75 mcg/1hr</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	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METHADONE HCL INTENSOL	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (450 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen suppository 120 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen suppository 650 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin ec low dose tablet delayed release 81 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin suppository 600 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>betatemp childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral</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>childrens tactinal tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ECPIRIN TABLET DELAYED RELEASE 325 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ed-apap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL ADULTS SUPPOSITORY 650 MG RECTAL	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL CHILDRENS SUPPOSITORY 120 MG RECTAL	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL INFANTS SUPPOSITORY 80 MG RECTAL	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPPOSITORY 325 MG RECTAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense arthritis pain tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain & fever child suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain relief extra st tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap capsule 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>non-aspirin pain relief tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain reliever extra strength tablet 500 mg 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
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb pain reliever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb pain reliever ex st tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tri-buffered tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tactinal extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tactinal tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>colchicine oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid</i>	\$0, Nível 1	
MITIGARE	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral</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 sulfite</i>	\$0, Nível 1	
APTIVUS	\$0, Nível 2	NDS
<i>atazanavir sulfite</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
CRIXIVAN ORAL CAPSULE 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
EDURANT	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz</i>	\$0, Nível 1	
<i>emtricitabine</i>	\$0, Nível 1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>etravirine</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fosamprenavir calcium</i>	\$0, Nível 2	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
INVIRASE ORAL TABLET	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS HD	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET	\$0, Nível 2	
ISENTRESS ORAL TABLET	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0, Nível 2	
<i>lamivudine oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION	\$0, Nível 2	
<i>nevirapine</i>	\$0, Nível 1	
<i>nevirapine er</i>	\$0, Nível 1	
NORVIR ORAL PACKET	\$0, Nível 2	
NORVIR ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
PIFELTRO	\$0, Nível 2	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION	\$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	\$0, Nível 2	NDS
<i>ritonavir</i>	\$0, Nível 1	
RUKOBIA	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION	\$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</i>	\$0, Nível 1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	\$0, Nível 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 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
TIVICAY PD	\$0, Nível 2	
TROGARZO	\$0, Nível 2	LA; NDS
TYBOST	\$0, Nível 2	
VIRACEPT ORAL TABLET	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>zidovudine</i>	\$0, Nível 1	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>ethambutol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral</i>	\$0, Nível 1	
PASER	\$0, Nível 2	
PRIFTIN	\$0, Nível 2	
<i>pyrazinamide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifabutin</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin oral</i>	\$0, Nível 1	
SIRTURO	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRECTOR	\$0, Nível 2	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i>	\$0, Nível 2	NDS
BIKTARVY	\$0, Nível 2	NDS
CIMDUO	\$0, Nível 2	NDS
COMPLERA	\$0, Nível 2	NDS
DELSTRIGO	\$0, Nível 2	NDS
DESCOVY	\$0, Nível 2	NDS
DOVATO	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
EVOTAZ	\$0, Nível 2	NDS
GENVOYA	\$0, Nível 2	NDS
JULUCA	\$0, Nível 2	NDS
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	\$0, Nível 2	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
ODEFSEY	\$0, Nível 2	NDS
PREZCOBIX	\$0, Nível 2	NDS
STRIBILD	\$0, Nível 2	NDS
SYMTUZA	\$0, Nível 2	NDS
TEMIXYS	\$0, Nível 2	NDS
TRIUMEQ	\$0, Nível 2	NDS
Antifúngicos		
ABELCET	\$0, Nível 2	B/D
AMBISOME	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>caspofungin acetate</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>flucytosine oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>griseofulvin microsize oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	\$0, Nível 1	
<i>itraconazole oral capsule</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>ketoconazole oral</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>micafungin sodium</i>	\$0, Nível 2	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION	\$0, Nível 2	QL (630 per 30 days); NDS
<i>nystatin oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>posaconazole</i>	\$0, Nível 2	QL (93 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 365 days)
<i>voriconazole intravenous</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted</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</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>atovaquone oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>aztreonam</i>	\$0, Nível 1	
CAYSTON	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin phosphate in nacl</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>clindamycin phosphate injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	\$0, Nível 1	
<i>dapsone oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>daptomycin</i>	\$0, Nível 2	NDS
EMVERM	\$0, Nível 2	QL (12 per 365 days); NDS
<i>ertapenem sodium</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>imipenem-cilastatin</i>	\$0, Nível 1	
<i>ivermectin oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid in sodium chloride</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted</i>	\$0, Nível 2	QL (1800 per 30 days); NDS
<i>linezolid oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>meropenem</i>	\$0, Nível 1	
<i>methenamine hippurate</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin sulfate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitazoxanide oral</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</i>	\$0, Nível 2	
<i>paromomycin sulfate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>pentamidine isethionate inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>praziquantel oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reeses pinworm medicine tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SIVEXTRO	\$0, Nível 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>sulfadiazine oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
SYNERCID	\$0, Nível 2	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>trimethoprim oral</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>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</i>	\$0, Nível 1	
<i>chloroquine phosphate oral</i>	\$0, Nível 1	
COARTEM	\$0, Nível 2	
<i>mefloquine hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>quinine sulfate oral</i>	\$0, Nível 1	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil</i>	\$0, Nível 2	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	NDS
<i>entecavir</i>	\$0, Nível 1	
EPCLUSA	\$0, Nível 2	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>famciclovir oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted</i>	\$0, Nível 1	B/D
HARVONI	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
MAVYRET	\$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</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	PA; NDS
RELENZA DISKHALER	\$0, Nível 2	QL (120 per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rimantadine hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>valacyclovir hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>valganciclovir hcl</i>	\$0, Nível 1	
VEMLIDY	\$0, Nível 2	PA; NDS
VOSEVI	\$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
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 20 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefaclor er</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefadroxil oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefdinir</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefepime hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefixime oral suspension reconstituted</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefoxitin sodium injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefprozil</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0, Nível 2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted</i>	\$0, Nível 1	
TAZICEF INJECTION	\$0, Nível 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM	\$0, Nível 1	
TEFLARO	\$0, Nível 2	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin er</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin oral</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
DIFICID	\$0, Nível 2	NDS
ERY-TAB	\$0, Nível 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0, Nível 2	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin in d5w</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral</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</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</i>	\$0, Nível 1	
BICILLIN L-A	\$0, Nível 2	
<i>dicloxacillin sodium</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxacillin sodium intravenous</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>penicillin g potassium</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin g procaine</i>	\$0, Nível 2	

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>penicillin g sodium</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin v potassium</i>	\$0, Nível 1	
PFIZERPEN	\$0, Nível 1	
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	\$0, Nível 1	
Tetraciclínas		
DOXY 100	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule</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</i>	\$0, Nível 1	
MONDOXYNE NL ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 1	
<i>tetracycline hcl oral</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>tigecycline</i>	\$0, Nível 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone oral</i>	\$0, Nível 1	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium oral</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</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiodarone hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>disopyramide phosphate oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>dofetilide</i>	\$0, Nível 1	
<i>flecainide acetate</i>	\$0, Nível 1	
MULTAQ	\$0, Nível 2	
NORPACE CR	\$0, Nível 2	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl</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>propafenone hcl er</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinidine sulfate oral</i>	\$0, Nível 1	
SORINE	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl (af)</i>	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
JUXTAPID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR	\$0, Nível 2	PA
PREVALITE	\$0, Nível 1	
VASCEPA	\$0, Nível 2	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 67 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gemfibrozil oral</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>prazosin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>terazosin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>atenolol oral</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
<i>betaxolol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol fumarate oral</i>	\$0, Nível 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>carvedilol</i>	\$0, Nível 1	
<i>labetalol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol succinate er</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pindolol</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl er</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate oral</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral</i>	\$0, Nível 1	
CARTIA XT	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er beads</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>dilt-xr</i>	\$0, Nível 1	
<i>felodipine er</i>	\$0, Nível 1	
<i>isradipine</i>	\$0, Nível 1	
<i>nicardipine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>nifedipine er</i>	\$0, Nível 1	
<i>nifedipine er osmotic release</i>	\$0, Nível 1	
<i>nimodipine oral</i>	\$0, Nível 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
TAZTIA XT	\$0, Nível 1	
TIADYLT ER	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina Ii		
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-olmesartan</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>amlodipine-valsartan-hctz</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	\$0, Nível 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz</i>	\$0, Nível 1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium-hctz</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er</i>	\$0, Nível 1	
<i>acetazolamide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiloride hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>indapamide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>methazolamide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>metolazone</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone-hctz</i>	\$0, Nível 1	
<i>toremide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet</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
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>aliskiren fumarate</i>	\$0, Nível 1	
<i>clonidine</i>	\$0, Nível 1	
<i>clonidine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
CORLANOR	\$0, Nível 2	
DIGITEK	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
DIGOX	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>digoxin injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral tablet</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</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydralazine hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydralazine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>methyldopa oral</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>metyrosine</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>midodrine hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>minoxidil oral</i>	\$0, Nível 1	
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>ranolazine er</i>	\$0, Nível 1	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>ambrisentan</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	\$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</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS	\$0, Nível 2	PA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>captopril oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril maleate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>moexipril hcl</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>perindopril erbumine</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>ramipril</i>	\$0, Nível 1	
<i>trandolapril</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate er</i>	\$0, Nível 1	
MINITRAN	\$0, Nível 1	
NITRO-BID	\$0, Nível 2	
NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR	\$0, Nível 2	
<i>nitroglycerin sublingual</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitroglycerin translingual solution</i>	\$0, Nível 1	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>acacia powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acesulfame potassium powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetic acid glacial solution 99 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetic acid solution 3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetyl-L-carnitine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>almond oil (sweet) oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aloe vera powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alum ammonium powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbyl palmitate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>banana concentrate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzyl alcohol liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>betaine anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bioflavonoid citrus powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin-d powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismuth subcarbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>boric acid topical powder</i>	\$0, Nível 3	DP
BUFFER CREAM POWDER	\$0, Nível 3	DP
<i>butylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium citrate tetrahydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium hydroxide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium saccharate powder</i>	\$0, Nível 3	DP
CARBOGEL 940 GEL (OTC)	\$0, Nível 3	DP

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
CARBOHOL 940 GEL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>carbomer homopolymer type c powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetyl alcohol flakes (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry concentrate concentrate oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry concentrate syrup oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry syrup oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chloroform solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chocolate concentrate concentrate</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cholesterol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chrysin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citric acid anhydrous granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citric acid anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clove oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coal tar solution 20 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cocoa butter (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coconut oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>collodion flexible liquid external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>collodion liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>corn starch powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cottonseed oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>creatine monohydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>croton oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>distilled water liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethoxy ethoxy ethanol reagent liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl alcohol solution 100 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl alcohol solution 95 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl alcohol solution 95 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ethyl oleate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
FATTYBLEND	\$0, Nível 3	DP
<i>fd&c red #40 aluminum lake powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fd&c yellow #5 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc blue 1 aluminum lake powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc blue 1 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc blue 2 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc green #3 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc red #3 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc red 40 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

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>fdc yellow 5 aluminum lake powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fdc yellow 6 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferric subsulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferric subsulfate solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
FLAVORX LIQUID	\$0, Nível 3	DP
<i>fullers earth powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glucosamine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glucosamine sulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycolic acid crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape seed oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape syrup syrup oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>green tea extract liquid 90 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hrt base cream (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrochloric acid liquid 37 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrophilic ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrous emulsified base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>indole-3-carbinol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>inositol hexanicotinate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>isopropyl palmitate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
JELENE OINTMENT	\$0, Nível 3	DP
<i>karaya gum gum (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>kojic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactic acid solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose hydrous powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose monohydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactose powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-citrulline powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lemon bioflavanoid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lip balm base natural ointment</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lip balm base ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
LIPOBASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>lipoic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
LIPOIL OIL	\$0, Nível 3	DP
<i>lipovan base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
LOLLIBASE POWDER	\$0, Nível 3	DP

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>lozibase</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium citrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>malic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methyl sulfone crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylcellulose gel 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylcellulose gel 3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylcellulose powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>methylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>microderm base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
MICROSOME BASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>natural bitterness powder</i>	\$0, Nível 3	DP
NICE DISTILLED WATER LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORA-BLEND SF SUSPENSION ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-BLEND SUSPENSION ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-HESIVE BASE PASTE	\$0, Nível 3	DP
<i>orange concentrate liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-SWEET SF SYRUP ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-SWEET SYRUP ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>ornithine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oxalic acid crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
PCCA BASE 7542 CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PCCA MBK (FATTY ACID) BASE	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 300 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg blend ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peruvian balsam liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
PFCB CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE COSMETIC CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE LIGHT CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE VAGINAL CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>phosphatidylserine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
PHYTOBASE CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PLO20 FLOWABLE GEL EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>pna-hrt base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
POLOX GEL 20 %	\$0, Nível 3	DP
POLOX GEL 30 %	\$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>poloxamer 407 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 1000 liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 1450 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 400 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 8000 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyoxyl 40 stearate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polysorbate 20 solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium bromide crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide pellet (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide solution 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide solution 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium nitrate granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium sorbate crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>propylene glycol liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>propylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyruvic acid liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>q-derm cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>raspberry flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>rdt base powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>red yeast rice extract powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>safflower oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
SALTSTABLE LO CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>shea butter (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>simple syrup syrup oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium benzoate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bromide granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium hydroxide pellet (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium metabisulfite granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium perborate crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium phosphate dibasic granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium phosphate monobasic powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium propionate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium sulfite powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sorbic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

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>sorbitol solution 70 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>soybean oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stevia extract powder 90 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>strawberry flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPPOSIBLEND PELLETT (OTC)	\$0, Nível 3	DP
SUSPENDIT GEL	\$0, Nível 3	DP
SYRSPEND SF ALKA SUSPENSION RECONSTITUTED ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>talco powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tangerine flavor powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tartaric acid granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
TROCHIBASE FLAKES	\$0, Nível 3	DP
TROCHIBASE S CLASSIC FLAKES	\$0, Nível 3	DP
<i>trochibase s flakes</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>turpentine liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tutti frutti concentrate concentrate</i>	\$0, Nível 3	DP
U-BASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>unibase cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
VANIBASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>veegum</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>versatile cream base cream external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
VERSIGEL CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e succinate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>v-max cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>white petrolatum gel (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
WITEPSOL PELLETT (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>xanthan gum powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>xylitol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
AURYXIA	\$0, Nível 2	PA; QL (360 per 30 days); NDS
<i>calcium acetate (phos binder)</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (540 per 30 days)
Agentes Da Tireoide		
EUTHYROX	\$0, Nível 1	
LEVO-T	\$0, Nível 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</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
LEVOXYL	\$0, Nível 1	
<i>lithyronine sodium oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>methimazole oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>propylthiouracil oral</i>	\$0, Nível 1	
SYNTHROID	\$0, Nível 2	
UNITHROID	\$0, Nível 1	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>diazoxide oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	\$0, Nível 2	
GVOKE PFS	\$0, Nível 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET	\$0, Nível 2	
<i>deferasirox granules</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LOKELMA	\$0, Nível 2	
<i>penicillamine oral tablet</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0, Nível 1	
SPS	\$0, Nível 1	
<i>trientine hcl</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
VELTASSA	\$0, Nível 2	PA
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>calcitriol oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paricalcitol oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
RAYALDEE	\$0, Nível 2	NDS
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR	\$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</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</i>	\$0, Nível 1	
BYDUREON BCISE	\$0, Nível 2	QL (3.4 per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	QL (4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	QL (2.4 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
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	QL (1.2 per 30 days)
FARXIGA	\$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	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET	\$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	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO	\$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</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	\$0, Nível 2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	\$0, Nível 2	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl</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	\$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)

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
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	\$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	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
BASAGLAR KWIKPEN	\$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	\$0, Nível 2	
FIASP FLEXTOUCH	\$0, Nível 2	
FIASP PENFILL	\$0, Nível 2	
<i>global alcohol prep ease</i>	\$0, Nível 2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED)	\$0, Nível 2	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	NDS
LEVEMIR	\$0, Nível 2	
LEVEMIR FLEXTOUCH	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N FLEXPEN	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R FLEXPEN	\$0, Nível 2	
NOVOLOG	\$0, Nível 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30	\$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 MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	\$0, Nível 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD STARTER	\$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	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRESIBA	\$0, Nível 2	
TRESIBA FLEXTOUCH	\$0, Nível 2	
V-GO 20	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY	\$0, Nível 2	QL (15 per 30 days)
Contraceptivos		
AFIRMELLE	\$0, Nível 1	
ALTAVERA	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 1/35</i>	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 7/7/7</i>	\$0, Nível 1	
AMETHIA	\$0, Nível 1	
APRI	\$0, Nível 1	
ARANELLE	\$0, Nível 1	
ASHLYNA	\$0, Nível 1	
AUBRA EQ	\$0, Nível 1	
AUROVELA 1/20	\$0, Nível 1	
AUROVELA 24 FE	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1.5/30	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1/20	\$0, Nível 1	
AVIANE	\$0, Nível 1	
AYUNA	\$0, Nível 1	
AZURETTE	\$0, Nível 1	
BALZIVA	\$0, Nível 1	
BEKYREE	\$0, Nível 1	
BLISOVI 24 FE	\$0, Nível 1	
BLISOVI FE 1.5/30	\$0, Nível 1	
<i>biellyn</i>	\$0, Nível 1	
CAMILA	\$0, Nível 1	
CAMRESE	\$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
CAMRESE LO	\$0, Nível 1	
CAZIAN	\$0, Nível 1	
CHATEAL	\$0, Nível 1	
CRYSSELLE-28	\$0, Nível 1	
CYCLAFEM 1/35	\$0, Nível 1	
CYCLAFEM 7/7/7	\$0, Nível 1	
CYRED EQ	\$0, Nível 1	
DASETTA 1/35	\$0, Nível 1	
DASETTA 7/7/7	\$0, Nível 1	
DAYSEE	\$0, Nível 1	
DEBLITANE	\$0, Nível 1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	\$0, Nível 1	
ELINEST	\$0, Nível 1	
ELLA	\$0, Nível 2	
ELURYNG	\$0, Nível 1	
EMOQUETTE	\$0, Nível 1	
ENPRESSE-28	\$0, Nível 1	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ERRIN	\$0, Nível 1	
ESTARYLLA	\$0, Nível 1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	\$0, Nível 1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	\$0, Nível 1	
FALMINA	\$0, Nível 1	
FAYOSIM	\$0, Nível 1	
FEMYNOR	\$0, Nível 1	
GIANVI	\$0, Nível 1	
HAILEY 1.5/30	\$0, Nível 1	
HAILEY 24 FE	\$0, Nível 1	
HEATHER	\$0, Nível 1	
ICLEVIA	\$0, Nível 1	
INCASSIA	\$0, Nível 1	
INTROVALE	\$0, Nível 1	
ISIBLOOM	\$0, Nível 1	
JASMIEL	\$0, Nível 1	
JOLESSA	\$0, Nível 1	
JULEBER	\$0, Nível 1	
JUNEL 1.5/30	\$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
JUNEL 1/20	\$0, Nível 1	
JUNEL FE 1.5/30	\$0, Nível 1	
JUNEL FE 1/20	\$0, Nível 1	
JUNEL FE 24	\$0, Nível 1	
KAITLIB FE	\$0, Nível 1	
KARIVA	\$0, Nível 1	
KELNOR 1/35	\$0, Nível 1	
KELNOR 1/50	\$0, Nível 1	
KURVELO	\$0, Nível 1	
LARIN 1.5/30	\$0, Nível 1	
LARIN 1/20	\$0, Nível 1	
LARIN 24 FE	\$0, Nível 1	
LARIN FE 1.5/30	\$0, Nível 1	
LARIN FE 1/20	\$0, Nível 1	
LARISSIA	\$0, Nível 1	
LAYOLIS FE	\$0, Nível 1	
LEENA	\$0, Nível 1	
LESSINA	\$0, Nível 1	
LEVONEST	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day</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)	\$0, Nível 1	
LILLOW	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1.5/30 (21)	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1/20 (21)	\$0, Nível 1	
LOESTRIN FE 1.5/30	\$0, Nível 1	
LOESTRIN FE 1/20	\$0, Nível 1	
LORYNA	\$0, Nível 1	
LOW-OGESTREL	\$0, Nível 1	
LUTERA	\$0, Nível 1	
LYLEQ	\$0, Nível 1	
LYZA	\$0, Nível 1	
<i>marlissa</i>	\$0, Nível 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular</i>	\$0, Nível 1	
MELODETTA 24 FE	\$0, Nível 1	
MIBELAS 24 FE	\$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
MICROGESTIN 1.5/30	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1/20	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1/20	\$0, Nível 1	
MILI	\$0, Nível 1	
MONO-LINYAH	\$0, Nível 1	
NECON 0.5/35 (28)	\$0, Nível 1	
NIKKI	\$0, Nível 1	
NORA-BE	\$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</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	\$0, Nível 1	
NORLYROC	\$0, Nível 1	
NORTREL 0.5/35 (28)	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (21)	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (28)	\$0, Nível 1	
NORTREL 7/7/7	\$0, Nível 1	
NYLIA 7/7/7	\$0, Nível 1	
NYMYO	\$0, Nível 1	
OCELLA	\$0, Nível 1	
ORSYTHIA	\$0, Nível 1	
PHILITH	\$0, Nível 1	
PIMTREA	\$0, Nível 1	
PIRMELLA 1/35	\$0, Nível 1	
PORTIA-28	\$0, Nível 1	
PREVIFEM	\$0, Nível 1	
RECLIPSEN	\$0, Nível 1	
RIVELSA	\$0, Nível 1	
SETLAKIN	\$0, Nível 1	
SHAROBEL	\$0, Nível 1	
SIMLIYA	\$0, Nível 1	
SIMPESSE	\$0, Nível 1	
SPRINTEC 28	\$0, Nível 1	
SRONYX	\$0, Nível 1	
SYEDA	\$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
TARINA 24 FE	\$0, Nível 1	
TARINA FE 1/20 EQ	\$0, Nível 1	
TILIA FE	\$0, Nível 1	
TRI-ESTARYLLA	\$0, Nível 1	
TRI-LEGEST FE	\$0, Nível 1	
TRI-LINYAH	\$0, Nível 1	
TRI-LO-ESTARYLLA	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MARZIA	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MILI	\$0, Nível 1	
TRI-LO-SPRINTEC	\$0, Nível 1	
TRI-MILI	\$0, Nível 1	
TRI-NYMYO	\$0, Nível 1	
TRI-PREVIFEM	\$0, Nível 1	
TRI-SPRINTEC	\$0, Nível 1	
TRIVORA (28)	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA LO	\$0, Nível 1	
TULANA	\$0, Nível 1	
TYDEMY	\$0, Nível 1	
VELIVET	\$0, Nível 1	
VESTURA	\$0, Nível 1	
VIENVA	\$0, Nível 1	
<i>viorele</i>	\$0, Nível 1	
VYFEMLA	\$0, Nível 1	
VYLIBRA	\$0, Nível 1	
WERA	\$0, Nível 1	
WYMZYA FE	\$0, Nível 1	
XULANE	\$0, Nível 1	
ZAFEMY	\$0, Nível 1	
ZARAH	\$0, Nível 1	
ZOVIA 1/35E (28)	\$0, Nível 1	
ZUMANDIMINE	\$0, Nível 1	
Diversos		
ALDURAZYME	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>cabergoline</i>	\$0, Nível 1	
CARBAGLU	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CERDELGA	\$0, Nível 2	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$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>charcoal powder</i>	\$0, Nível 3	DP
CHEMSTRIP UGK STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE	\$0, Nível 2	LA; NDS
CYSTAGON	\$0, Nível 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate injection</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate pf</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate spray</i>	\$0, Nível 1	
DIASCREEN 10	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 1G STRIP	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 2GK STRIP	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 3	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 4OBL	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 5	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 6	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 7	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 8	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 9	\$0, Nível 3	DP
DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
FABRAZYME	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN	\$0, Nível 2	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK	\$0, Nível 2	PA; NDS
INCRELEX	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
KORLYM	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet</i>	\$0, Nível 1	B/D
LUMIZYME	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	\$0, Nível 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>miglustat</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>nitisinone</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

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>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
OSPHENA	\$0, Nível 2	PA
<i>raloxifene hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SIGNIFOR	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gmltsp</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMAVERT	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
STIMATE	\$0, Nível 2	NDS
Endometriose		
<i>danazol oral</i>	\$0, Nível 1	
SYNAREL	\$0, Nível 2	NDS
Estrogénios		
AMABELZ	\$0, Nível 2	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
DOTTI	\$0, Nível 2	
<i>estradiol oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol vaginal</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	\$0, Nível 2	
FYAVOLV	\$0, Nível 2	
JINTELI	\$0, Nível 2	
LOPREEZA ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
LYLLANA	\$0, Nível 2	
MIMVEY	\$0, Nível 2	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	\$0, Nível 2	
YUVAFEM	\$0, Nível 1	
Glucocorticóides		
<i>cortisone acetate oral</i>	\$0, Nível 1	
DEXAMETHASONE INTENSOL	\$0, Nível 2	
<i>dexamethasone oral elixir</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>fludrocortisone acetate oral</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>hydrocortisone oral</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</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack</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</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
PREDNISONO INTENSOL	\$0, Nível 2	B/D
<i>prednisone oral solution</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack</i>	\$0, Nível 1	
SOLU-CORTEF	\$0, Nível 2	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral</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</i>	\$0, Nível 1	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal</i>	\$0, Nível 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
NATPARA	\$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</i>	\$0, Nível 1	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	\$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</i>	\$0, Nível 1	
TYMLOS	\$0, Nível 2	PA; NDS
XGEVA	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution</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 AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES
NÍVEL OU LIMITES DE USO**

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</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</i>	\$0, Nível 1
<i>nizatidine oral capsule</i>	\$0, Nível 1

Antiácidos

ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3 DP
<i>aluminum hydroxide gel suspension 320 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid anti-gas max strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid fast relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid plus anti-gas fast act suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid plus anti-gas relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid plus anti-gas relief suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>antacid/simethicone ds suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>fast acting antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>gnp antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>hm advanced antacid max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>hm antacid anti-gas ex st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>hm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>magnesium oxide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0, Nível 3 DP
MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3 DP
<i>milantex extra strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>milantex suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL	\$0, Nível 3 DP
<i>qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3 DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</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>sb antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
URO-MAG CAPSULE 140 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismuth tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp k-pec suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stomach relief suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loperamide hcl capsule 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stomach relief suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>medi-bismuth tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pectin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peptic relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pink bismuth tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stomach relief tablet 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief suspension 262 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule</i>	\$0, Nível 1	B/D
COMPRO	\$0, Nível 1	
<i>dronabinol</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (60 per 30 days)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	B/D
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>granisetron hcl oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 2	

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>metoclopramide hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ondansetron hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron hcl oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prochlorperazine</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine maleate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>promethazine hcl injection</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral syrup</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>scopolamine</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	\$0, Nível 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
GATTEX	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LINZESS	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>misoprostol oral</i>	\$0, Nível 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sucralfate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
TRULANCE	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0, Nível 1	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>budesonide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone rectal enema</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>mesalamine er</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule delayed release</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine-cleanser</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfasalazine oral</i>	\$0, Nível 1	
Enzimas Pancreáticas		
CREON	\$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	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release</i>	\$0, Nível 1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>constulose</i>	\$0, Nível 1	
<i>docu liquid 50 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docu soft capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DOCUSIL CAPSULE 100 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ducodyl tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL	\$0, Nível 3	DP
<i>enulose</i>	\$0, Nível 1	
<i>epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>epsom salt powder</i>	\$0, Nível 3	DP
GAVILYTE-C	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-G	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK	\$0, Nível 1	
<i>generlac</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>gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
GNP BISA-LAX TABLET DELAYED RELEASE 5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative pills tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp senna-lax tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener liquid 50 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener syrup 60 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY	\$0, Nível 2	
<i>hm epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener capsule 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactulose encephalopathy</i>	\$0, Nível 1	
<i>lactulose oral solution 10 gml/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>medi-natural plus tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>medi-natural tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mineral oil heavy oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mineral oil light oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mineral oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>natural fiber therapy powder 28.3 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME	\$0, Nível 2	
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	\$0, Nível 1	
<i>peg-3350/electrolytes</i>	\$0, Nível 1	
PLENVU	\$0, Nível 2	
<i>qc docusate calcium capsule 240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc natural vegetable laxative tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc natural vegetable powder 95 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc senna-s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ra epsom salt lavender granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra glycerin child suppository 80.7 % rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 28.3 % ORAL	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 48.57 % ORAL	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 58.6 % ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>sb docusate sodium capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb docusate sodium/senna tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb fib lax orange powder 33 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-tabs tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-time s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-time tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SENNO TABLET 8.6 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>sennosides-docusate sodium tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silace liquid 150 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silace syrup 60 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 48.57 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 58.6 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT	\$0, Nível 2	
<i>womans laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infeciosos Vaginais		
<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole cream 1 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole vaginal</i>	\$0, Nível 1	
<i>miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 3 combo-supp kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal</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>miconazole 7 suppository 100 mg vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole nitrate cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>terconazole</i>	\$0, Nível 1	
VANDAZOLE	\$0, Nível 1	
Antispasmódicos		
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR	\$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</i>	\$0, Nível 1	
<i>solifenacin succinate</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
TOVIAZ	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation</i>	\$0, Nível 1	
<i>bethanechol chloride oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate er</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tamsulosin hcl</i>	\$0, Nível 1	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK	\$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</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
<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	\$0, Nível 1	
<i>warfarin sodium oral</i>	\$0, Nível 1	
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	\$0, Nível 2	QL (51 per 30 days)
Diversos		
<i>anagrelide hcl</i>	\$0, Nível 1	
BERINERT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (24 per 30 days); NDS
<i>cilostazol</i>	\$0, Nível 1	
DOPTELET	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DROXIA	\$0, Nível 2	
ENDARI	\$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</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>pentoxifylline er</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
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranexamic acid oral</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	\$0, Nível 2	PA; NDS
Ferro		
EZFE 200 CAPSULE 434.8 (200 FE) MG 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
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL TABLET 325 (65 FE) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts ips solution 40 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FERREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FERRIMIN 150 TABLET 150 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate elixir 220 (44 fe) mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate solution 75 (15 fe) mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate syrup 300 (60 fe) mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrousul tablet 325 (65 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron tablet 200 (65 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm iron tablet 200 (65 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>iron 100 plus tablet 100-250-0.025-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron 100/c tablet 100-250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM 50 CAPSULE 50 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
POLY-IRON 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
PROFE CAPSULE 391.3 (180 FE) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron tablet 325 (65 fe) mg oral</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 slow release iron tablet extended release 143 (45 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	\$0, Nível 1	
BRILINTA	\$0, Nível 2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dipyridamole oral</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>prasugrel hcl</i>	\$0, Nível 1	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>bepotastine besilate</i>	\$0, Nível 1	
BEPREVE	\$0, Nível 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
LASTACAFT	\$0, Nível 2	
NAPHCAN-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	\$0, Nível 1	
PAZEO	\$0, Nível 2	
<i>ra eye allergy relief solution 0.027-0.315 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tgt eye allergy relief solution 0.027-0.315 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
ZERVIAE	\$0, Nível 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nível 2	
AZOPT	\$0, Nível 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
BETOPTIC-S	\$0, Nível 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>brinzolamide</i>	\$0, Nível 1	
<i>carteolol hcl</i>	\$0, Nível 1	
COMBIGAN	\$0, Nível 2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	\$0, Nível 1	
<i>latanoprost ophthalmic</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	\$0, Nível 2	
SIMBRINZA	\$0, Nível 2	

LENDIA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>timolol maleate ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
VYZULTA	\$0, Nível 2	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	\$0, Nível 1	
BLEPHAMIDE S.O.P.	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment</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</i>	\$0, Nível 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT	\$0, Nível 2	
TOBRADEX ST	\$0, Nível 2	
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	\$0, Nível 1	
ZYLET	\$0, Nível 2	
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
BESIVANCE	\$0, Nível 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution</i>	\$0, Nível 1	
NATACYN	\$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</i>	\$0, Nível 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>tobramycin ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluridine ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
ZIRGAN	\$0, Nível 2	
Anti-Inflamatórios		
ALREX	\$0, Nível 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	\$0, Nível 1	
BROMSITE	\$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>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
DUREZOL	\$0, Nível 2	
FLAREX	\$0, Nível 2	
<i>fluorometholone ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>flurbiprofen sodium</i>	\$0, Nível 1	
ILEVRO	\$0, Nível 2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT	\$0, Nível 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic</i>	\$0, Nível 2	
PROLENSA	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
CYSTADROPS	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ISOPTO ATROPINE	\$0, Nível 2	
<i>proparacaine hcl ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
RESTASIS	\$0, Nível 2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
XIIDRA	\$0, Nível 2	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/lact</i>	\$0, Nível 1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/lact (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</i>	\$0, Nível 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levalbuterol tartrate</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral</i>	\$0, Nível 1	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0, Nível 2	QL (36 per 30 days)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0, Nível 2	QL (48 per 30 days)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA	\$0, Nível 2	QL (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
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>ipratropium bromide inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ipratropium bromide nasal</i>	\$0, Nível 1	
Anti-Histamínicos		
<i>all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-chlor tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-ease tablet 60 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy-time tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0, Nível 1	
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl hives relief solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cetirizine hcl tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>complete allergy medicine capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cyproheptadine hcl oral</i>	\$0, Nível 2	PA
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABLET 1.34 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhist capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief tablet dispersible 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp dayhist allergy tablet 1.34 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
KLS ALLERCLEAR TABLET 10 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
KLS ALLER-TEC TABLET 10 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MEDI-PHEDRYL CAPSULE 25 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>pharbechlor tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pharbedryl capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pharbedryl capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc chlor-pheniramine tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb loratadine allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy 4 hour tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief tablet dispersible 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens loratadine syrup 5 mg/5ml 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>sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0, Nível 2	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT	\$0, Nível 2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol</i>	\$0, Nível 1	B/D
TRELEGY ELLIPTA	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Combinações Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR DISKUS	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA	\$0, Nível 2	QL (12 per 30 days)
BREO ELLIPTA	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT	\$0, Nível 2	QL (10.2 per 30 days)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
AYR SALINE NASAL NETI RINSE PACKET 1.57 GM NASAL	\$0, Nível 3	DP
AYR SALINE NASAL RINSE PACKET 1.57 GM NASAL	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
DALIRESP	\$0, Nível 2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector</i>	\$0, Nível 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE	\$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	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FASENRA PEN	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
KALYDECO ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$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 OU LIMITES DE USO	RESTRICÇÕES
SYMDEKO	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS	
SYMJEPI	\$0, Nível 2		
THEO-24	\$0, Nível 2		
<i>theophylline</i>	\$0, Nível 1		
<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</i>	\$0, Nível 1		
TRIKAFTA	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS	
XOLAIR	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
ZEMAIRA	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS	
Esteróides Inalantes			
ARNUITY ELLIPTA	\$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</i>	\$0, Nível 1	QL (16 per 30 days)	
Moduladores De Leukotrieno			
<i>montelukast sodium oral</i>	\$0, Nível 1		
<i>zafirlukast</i>	\$0, Nível 1		
Tosse E Constipação			
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>all day allergy d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>allergy d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>ambi 10peh/400gfn tablet 10-400 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>ambi 10peh/400gfn/20dm tablet 10-400-20 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>ambi 40pse/400gfn tablet 40-400 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP	
<i>benzonatate capsule 100 mg oral</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>benzonatate capsule 200 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
BROMFED DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens mucus relief expect liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silfedrine liquid 15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN DM LIQUID 100-10 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN LIQUID 100 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN MAX ST LIQUID 10-200 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp mucus relief childrens liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp suphedrin liquid 15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaiaitussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin ac syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin solution 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin solution 200 mg/10ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin solution 300 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy complete-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg 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>hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult dm liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult multi-symptom liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocod polst-cpm polst er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocodone-homatropine syrup 5-1.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocodone-homatropine tablet 5-1.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydromet syrup 5-1.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
LORTUSS EX LIQUID 30-10-100 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>m-clear wc solution 100-6.3 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>medi-tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus relief chest congestion liquid 400 mg/20ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe max st tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
REFENESEN CHEST CONG/PAIN RLF TABLET 650-400 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb cough control dm max liquid 10-200 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin das liquid 100 mg/5ml 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>siltussin dm das liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin sa syrup 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cold & allergy childrens elixir 1-15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cf liquid 30-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST PE TABLET 10 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>trymine cg liquid 225-7.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf cough & cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>amantadine hcl oral syrup</i>	\$0, Nível 1	
<i>amantadine hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>benztropine mesylate injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>benztropine mesylate oral</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>bromocriptine mesylate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0, Nível 1	

LENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	\$0, Nível 1	
<i>entacapone</i>	\$0, Nível 1	
KYNMOBI	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
NEUPRO	\$0, Nível 2	
<i>pramipexole dihydrochloride</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	\$0, Nível 2	PA
Agentes De Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>dantrolene sodium oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>methocarbamol oral</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
VANADOM	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>bupropion hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluvoxamine maleate</i>	\$0, Nível 1	
<i>lorazepam injection</i>	\$0, Nível 1	
LORAZEPAM INTENSOL	\$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</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivos		
APTIOM	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
BANZEL ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS	\$0, Nível 2	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>carbamazepine er</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral</i>	\$0, Nível 1	
CELONTIN	\$0, Nível 2	
<i>clobazam oral suspension</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet</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)

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>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</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>diazepam injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>diazepam oral concentrate</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</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>diazepam rectal</i>	\$0, Nível 1	
DILANTIN	\$0, Nível 2	
DILANTIN INFATABS	\$0, Nível 2	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour</i>	\$0, Nível 1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle</i>	\$0, Nível 1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release</i>	\$0, Nível 1	
EPIDIOLEX	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (600 per 30 days); NDS
EPITOL	\$0, Nível 1	
<i>ethosuximide oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>felbamate oral suspension</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>felbamate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
FINTEPLA	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION	\$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</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam er</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam in nacl</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral</i>	\$0, Nível 1	
NAYZILAM	\$0, Nível 2	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oxcarbazepine</i>	\$0, Nível 1	
PEGANONE	\$0, Nível 2	
<i>phenobarbital oral elixir</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection</i>	\$0, Nível 2	PA
PHENYTEK	\$0, Nível 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium extended</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium injection</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</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral</i>	\$0, Nível 1	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 1	
<i>rufinamide</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRITAM	\$0, Nível 2	
SUBVENITE	\$0, Nível 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral solution</i>	\$0, Nível 1	
VALTOCO 10 MG DOSE	\$0, Nível 2	
VALTOCO 15 MG DOSE	\$0, Nível 2	
VALTOCO 20 MG DOSE	\$0, Nível 2	
VALTOCO 5 MG DOSE	\$0, Nível 2	
<i>vigabatrin</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS	\$0, Nível 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION	\$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)	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	\$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

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
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 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral</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</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er</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	\$0, Nível 2	
<i>rivastigmine</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<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)
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>amoxapine</i>	\$0, Nível 2	
<i>bupropion hcl er (sr)</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>citalopram hydrobromide</i>	\$0, Nível 1	
<i>clomipramine hcl oral</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>desipramine hcl oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule</i>	\$0, Nível 2	
<i>doxepin hcl oral concentrate</i>	\$0, Nível 2	
DRIZALMA SPRINKLE	\$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	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>escitalopram oxalate</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 OU LIMITES DE USO
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FETZIMA TITRATION	\$0, Nível 2	PA
<i>fluoxetine hcl oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluoxetine hcl oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>imipramine hcl oral</i>	\$0, Nível 2	
MARPLAN	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
<i>mirtazapine oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>nefazodone hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>nortriptyline hcl oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>paroxetine hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION	\$0, Nível 2	QL (900 per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>protriptyline hcl</i>	\$0, Nível 2	
<i>sertraline hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranylcypromine sulfate</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour</i>	\$0, Nível 1	
VIIBRYD ORAL TABLET	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK	\$0, Nível 2	
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
<i>aripiprazole oral solution</i>	\$0, Nível 2	QL (900 per 30 days); NDS
<i>aripiprazole oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
ARISTADA INITIO	\$0, Nível 2	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0, Nível 2	QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nível 2	QL (1.6 per 28 days); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nível 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
<i>asenapine maleate</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet</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 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
FANAPT TITRATION PACK	\$0, Nível 2	PA
<i>fluphenazine decanoate injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol lactate</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol oral</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/0.875ML	\$0, Nível 2	QL (0.875 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.315ML	\$0, Nível 2	QL (1.315 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	\$0, Nível 2	QL (1.75 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.625ML	\$0, Nível 2	QL (2.625 per 90 days); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)

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
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>molindone hcl</i>	\$0, Nível 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE	\$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</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</i>	\$0, Nível 1	
PERSERIS	\$0, Nível 2	QL (1 per 30 days); NDS
<i>pimozide</i>	\$0, Nível 1	
<i>quetiapine fumarate</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)
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</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet</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	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>thiothixene oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluoperazine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
VERSACLOZ	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK	\$0, Nível 2	PA
<i>ziprasidone hcl</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 3 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
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium</i>	\$0, Nível 2	
<i>lithium carbonate er</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral</i>	\$0, Nível 1	
LYRICA CR	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
NUDEXTA	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>riluzole</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	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 30 days); NDS
<i>ergotamine-caffeine</i>	\$0, Nível 1	
<i>naratriptan hcl</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate</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</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY	\$0, Nível 2	PA; QL (16 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>zolmitriptan oral</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
Hipnóticos		
BELSOMRA	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (14 per 28 days); NDS
<i>dalfampridine er</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	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (540 per 30 days); NDS
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium</i>	\$0, Nível 1	
<i>benzphetamine hcl tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>buprenorphine hcl sublingual</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</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	\$0, Nível 1	
CHANTIX	\$0, Nível 2	PA
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	\$0, Nível 2	PA
CHANTIX STARTING MONTH PAK	\$0, Nível 2	PA
<i>diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diethylpropion hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>disulfiram oral</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
<i>gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe</i>	\$0, Nível 1	
<i>naltrexone hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
NARCAN	\$0, Nível 2	
<i>nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
NICOTROL	\$0, Nível 2	
NICOTROL NS	\$0, Nível 2	
<i>phendimetrazine tartrate er capsule extended release 24 hour 105 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 15 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 37.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl tablet 37.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP

LENDIA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
THRIVE GUM 2 MG MOUTH/THROAT	\$0, Nível 3	DP
VIVITROL	\$0, Nível 2	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Déficit De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphet er</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</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<i>aspartame powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q 10 capsule 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q 10 capsule 60 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 150 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q10 capsule 60 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 75 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 100 mg 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>co-enzyme q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co-enzyme q-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co-enzyme q-10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q-10 capsule 60 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 liquid 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 tablet 200 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 capsule extended release 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dhea capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DIABETISWEET POWDER ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>eql coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fructose granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 60 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gowey tincture external</i>	\$0, Nível 3	DP
H2Q CAPSULE 100 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>hm coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm coq10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-arginine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-cystine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lecithin granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-glutamine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-glutathione crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-isoleucine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-isoleucine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-tyrosine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-tyrosine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-valine powder oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 150 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 75 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG 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
<i>ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>saccharin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm coq-10 capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium saccharin granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium saccharin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>threonine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose in lactated ringers</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
ISOLYTE-P IN D5W	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S	\$0, Nível 2	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.2 meq/l-%, 20-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.9 meq/l-%, 30-5-0.45 meq/l-%, 40-5-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 20-5-0.225 meq/l-%, 40-5-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>lactated ringers intravenous</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	\$0, Nível 2	
PLASMA-LYTE A	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)</i>	\$0, Nível 1	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nível 2	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Orais		
KLOR-CON 10	\$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
KLOR-CON M10	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M15	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M20	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE	\$0, Nível 1	
<i>m-natal plus</i>	\$0, Nível 2	
<i>pnv folic acid + iron</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral packet</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 plus</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nível 1	
TRICARE	\$0, Nível 2	
Eletrólitos		
<i>gnp pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Minerais		
BEELITH TABLET 362-20 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ca phosphate dibasic dihyd powder</i>	\$0, Nível 3	DP
CALCET PETITES TABLET 200-250 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 315-250 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 950 (200 CA) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/d tablet chewable 500-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600 tablet 600 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600+d tablet 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600-d tablet 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 250-125 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-200 mg-unit oral</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>calcium carb-cholecalciferol tablet 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate extra light powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium gluconate anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium high potency/vitamin d tablet 600-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium lactate tablet 648 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium phosphate tribasic powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium tablet chewable 500-100 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-magnesium-zinc tablet 334-134-5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-vitamin d3 tablet 250-125 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-vitamin d-minerals tablet chewable 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citrus calcium +d tablet 315-250 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citrus calcium/vitamin d tablet 200-250 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 tablet 500-600 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 600 +d3/minerals tablet chewable 600-800 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 600/d tablet 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium citrate+d maximum tablet 315-250 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium plus 600 +d tablet 600-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium/vitamin d/minerals tablet chewable 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp magnesium tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zinc tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
HIGH POTENCY CALCIUM TABLET 600 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>magdelay tablet delayed release 70 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium carbonate heavy powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 (240 mg) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 (241.3 mg) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 500 mg 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>magnesium tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MAGONATE LIQUID 54 (MAG EQUIV) MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500 TABLET 500 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-200 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster calcium + d tablet 500-125 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium tablet 500-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium w/d tablet 500-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/d tablet 500-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-200 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell/vitamin d tablet 600-125 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phosphorus supplement packet 280-160-250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>risacal-d tablet 105-81-120 mg-mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d tablet 600-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium citrate w/vit d3 tablet 315-250 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium soft chews tablet chewable 500-100-40 oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium soft chews tablet chewable 500-200-40 mg-unt-mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SM CORAL CALCIUM TABLET 1000 (390 CA) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>sm magnesium tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-400 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium acetate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate capsule 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral</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</i>	\$0, Nível 3	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	\$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
<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	\$0, Nível 2	B/D
CLINISOL SF	\$0, Nível 1	B/D
CLINOLIPID	\$0, Nível 2	B/D
<i>copper sulfate crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
FREAMINE HBC	\$0, Nível 2	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
HEPATAMINE	\$0, Nível 2	B/D
INTRALIPID	\$0, Nível 2	B/D
NUTRILIPID	\$0, Nível 2	B/D
PLENAMINE	\$0, Nível 1	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
PROCALAMINE	\$0, Nível 2	B/D
PROSOL	\$0, Nível 2	B/D
TRAVASOL	\$0, Nível 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES TABLET CHEWABLE WITH C & FA ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>animal shapes/iron tablet chewable 18 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antioxidant formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antioxidant vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUASOL A SOLUTION 15 MG/ML INTRAMUSCULAR	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin e solution 15 mg/0.67ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbic acid tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
B-12 DOTS TABLET DISPERSIBLE 500 MCG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/vitamin c (w/ ca) tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg 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>biotin tablet 300 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLUTION 10 MG/ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c 500/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-500 tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CALCIFEROL SOLUTION 200 MCG/ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium citrate + tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>centamin liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>centavite liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>century mature tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>century tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE SENIOR TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable vite childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable viteliron childrens tablet chewable 15 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>child chewable vitamins/iron tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral</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</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
COMPETE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>complete senior tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>complete tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily-vite tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily-vite/iron/beta-carotene tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL	\$0, 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>dialyvite 800/ultra d tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX TABLET 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>e-400 capsule 400 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ecce plus tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ezfe forte capsule 155-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid solution 5 mg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid tablet 1 mg oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid tablet 800 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>geriaton liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>geriatric vitamin liquid 100-1-10 oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp b-100 balanced tr tablet extended release oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp b-50 balanced tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century adults 50+ senior tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century cardio health tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century energy metabolism tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century mature tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century ultimate mens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp century ultimate womens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens chewables/ex c tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens chewables/iron tablet chewable 15 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cod liver oil capsule 1250-135 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes supervision capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp maximum one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp mega multi for men tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP

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 mega multi for women tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp niacin tr tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily maximum tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily mens 50+advanced tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily plus iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily womens 50+ tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily womens health tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp opti-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp therapeutic-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin a capsule 2400 mcg (8000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b1 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 180 mg (400 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp womens one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zoochews gummies tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>healthy eyes tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm niacin tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b1 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular</i>	\$0, Nível 3	DP
ICAPS AREDS FORMULA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS MV TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
<i>i-vite protect tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>i-vite tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC SOLUTION RECONSTITUTED INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>mega multivitamin for men tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mega multivitamin for women tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi vitamin mens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-delyn liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-delyniron liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multilex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins/womens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NAIL-EX TABLET 2.5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL	\$0, Nível 3	DP
NEPHRONEX LIQUID 0.9 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er tablet extended release 750 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin flush free capsule 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NUTR-E-SOL LIQUID 400 UNIT/15ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE EXTRA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP

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
OCUVITE-LUTEIN TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ONCOVITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily mens tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione tablet 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>poly vitamin tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyvitamin/iron tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal low iron tablet 27-0.8 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PROSIGHT TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc cod liver oil oil oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc therin-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb vitamin c tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sentry senior tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sentry tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-100 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm chewable c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete advanced formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete senior formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm opti-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 1000 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 200 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 400 unit 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
<i>stress formula/zinc (b-compl) tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
STUART ONE CAPSULE 27-0.8-200 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA POWDER ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>super vikaps tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>superplex-t tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>tab-a-vite/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
THERA M PLUS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>thera-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS-H TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS-M TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>total b/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>unicomplex-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vita-beelc tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-1 tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg 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>vitamin b-12 tablet 100 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 250 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-6 tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c er capsule extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet chewable 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c tablet chewable 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d liquid 10 mcg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 100 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 200 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 400 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 solution 10 mg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamins/minerals tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>womens one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends gummies tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends plus extra c tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LEENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
<i>cevimeline hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>nystatin mouth/throat</i>	\$0, Nível 1	
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT	\$0, Nível 3	DP
PAROEX	\$0, Nível 1	
PERIOGARD	\$0, Nível 1	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT	\$0, Nível 3	DP
<i>pilocarpine hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat</i>	\$0, Nível 1	
Antifúngicos		
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0, Nível 1	
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal cream 2 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
FUNGOID-D CREAM 1 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>jock itch spray aerosol powder 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ketoconazole external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
NYAMYC	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream</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 OU LIMITES DE USO
<i>nystatin external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
NYSTOP	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>podactin powder 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb anti-fungal cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate powder 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Acne		
ACUTANE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AMNESTEEM	\$0, Nível 1	PA
AVITA	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	\$0, Nível 1	
CLARAVIS	\$0, Nível 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
MYORISAN	\$0, Nível 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	\$0, Nível 1	
<i>tretinoin external cream</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	\$0, Nível 1	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL	\$0, Nível 2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sterile water for irrigation</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 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 OU LIMITES DE USO
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentamicin sulfate external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mupirocin external</i>	\$0, Nível 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc bacitracin ointment 500 unit/gm external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb triple antibiotic ointment 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silver sulfadiazine external</i>	\$0, Nível 1	
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0, Nível 3	DP
SSD	\$0, Nível 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM	\$0, Nível 2	
<i>tri-biozene ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic ointment 5-400-5000 external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>calcipotriene external cream</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external ointment</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tazarotene external cream</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</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
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	\$0, Nível 1	
<i>clobetasol propionate e</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
ENSTILAR	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinonide emulsified base</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</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluticasone propionate external ointment</i>	\$0, Nível 1	
<i>halobetasol propionate external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment</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</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</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</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>gnp lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
LICIDE SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>malathion external</i>	\$0, Nível 1	
<i>permethrin external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>ra lice maximum strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice treatment liquid 0.3-3 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice killing shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>boric acid granules external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>camphor crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0, Nível 3	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1000 per 30 days)
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (40 per 30 days)
<i>fluorouracil external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (10 per 30 days)
<i>formaldehyde solution 37 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
FREE & CLEAR SHAMPOO EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>glycolic acid solution 70 % (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin cream 0.1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin liquid 0.15 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
<i>jessners solution external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole external gel 0.75 %</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>metronidazole external lotion</i>	\$0, Nível 1	
NEW SKIN AEROSOL EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PANRETIN	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)
PICATO EXTERNAL GEL 0.05 %	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
<i>podofilox external</i>	\$0, Nível 1	
PROCTO-MED HC EXTERNAL	\$0, Nível 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL	\$0, Nível 1	
PROCTOSOL HC EXTERNAL	\$0, Nível 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL	\$0, Nível 1	
<i>px calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra calamine lotion 6.971-6.971 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
RECTIV	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
ROSDAN EXTERNAL CREAM	\$0, Nível 1	
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tacrolimus external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (100 per 30 days)
<i>tannic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
TARGRETIN EXTERNAL	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
<i>acetic acid otic</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	\$0, Nível 1	
FLAC	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide otic</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin otic</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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	59	allergy childrens.....	56	antacid fast relief.....	44
3 day vaginal.....	49	allergy d-12.....	59	antacid maximum strength.....	44
abacavir sulfate.....	14	allergy relief.....	56	antacid plus anti-gas fast act.....	44
abacavir sulfate-lamivudine.....	16	allergy relief childrens.....	56	antacid plus anti-gas relief.....	44
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	16	allergy relief d-24.....	59	antacid/simethicone ds.....	44
ABELCET.....	17	allergy-time.....	56	anti-diarrheal.....	45
ABILIFY MAINTENA.....	67	allopurinol.....	14	antifungal.....	87
abiraterone acetate.....	4	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	44	anti-fungal.....	87
ABRAXANE.....	6	almond oil (sweet).....	27	antifungal (tolnaftate).....	87
acacia.....	27	aloe vera.....	27	antioxidant formula.....	79
acamprosate calcium.....	71	alose tron hcl.....	46	antioxidant vitamins.....	79
acarbose.....	33	ALPHAGAN P.....	53	APOKYN.....	62
ACCUTANE.....	88	alprazolam.....	63	aprepitant.....	45
acebutolol hcl.....	23	ALREX.....	54	APRI.....	36
acesulfame potassium.....	27	ALTAVERA.....	36	APTIOM.....	63
acetaminophen.....	12	alum ammonium.....	27	APTIVUS.....	14
acetaminophen childrens.....	12	aluminum hydroxide gel.....	44	AQUADEKS.....	79
acetaminophen er.....	12	ALUNBRIG.....	1	AQUASOL A.....	79
acetaminophen-codeine.....	11	alyacen 1/35.....	36	aqueous vitamin d.....	79
acetaminophen-codeine #3.....	11	alyacen 7/7/7.....	36	aqueous vitamin e.....	79
acetazolamide.....	25	AMABELZ.....	42	ARALAST NP.....	58
acetazolamide er.....	25	amantadine hcl.....	62	ARANELLE.....	36
acetic acid.....	27, 50, 92	ambi 10peh/400gfn.....	59	ARCALYST.....	8
acetic acid glacial.....	27	ambi 10peh/400gfn/20dm.....	59	aripiprazole.....	67
acetylcysteine.....	58	ambi 40pse/400gfn.....	59	ARISTADA.....	67, 68
acetyl-L-carnitine hcl.....	27	AMBISOME.....	17	ARISTADA INITIO.....	67
acitretin.....	89	ambrisentan.....	26	armodafinil.....	71
ACTHIB.....	9	AMETHIA.....	36	ARNUITY ELLIPTA.....	59
ACTIMMUNE.....	8	amikacin sulfate.....	17	arthritis pain relief.....	12
acyclovir.....	19	amiloride hcl.....	25	arthritis pain reliever.....	12
acyclovir sodium.....	19	amiloride-hydrochlorothiazide.....	25	ascorbic acid.....	79
ADACEL.....	9	AMINOSYN-PF.....	78	ascorbyl palmitate.....	27
adefovir dipivoxil.....	19	amiodarone hcl.....	22	asenapine maleate.....	68
ADEMPAS.....	26	amitriptyline hcl.....	66	ASHLYNA.....	36
ADRENALIN.....	26	amlodipine besy-benazepril hcl.....	25	aspartame.....	73
ADRIAMYCIN.....	5	amlodipine besylate.....	24	aspirin.....	12
ADVAIR DISKUS.....	58	amlodipine besylate-valsartan.....	24	aspirin ec.....	12
ADVAIR HFA.....	58	amlodipine-olmesartan.....	24	aspirin ec low dose.....	12
AFINITOR.....	1	amlodipine-valsartan-hctz.....	25	aspirin-dipyridamole er.....	53
AFINITOR DISPERZ.....	1	ammonium lactate.....	87, 91	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
AFIRMELLE.....	36	AMNESTEEM.....	88	SYR.....	35
AIMOVIG.....	70	amoxapine.....	66	atazanavir sulfate.....	14
ala-cort.....	90	amoxicillin.....	21	atenolol.....	23
albendazole.....	17	amoxicillin-pot clavulanate.....	21	atenolol-chlorthalidone.....	23
albuterol sulfate.....	55	amoxicillin-pot clavulanate er.....	21	atomoxetine hcl.....	73
albuterol sulfate hfa.....	55	amphetamine-dextroamphet er.....	73	atorvastatin calcium.....	23
alclometasone dipropionate.....	90	amphetamine-dextroamphetamine.....	73	atovaquone.....	17
ALDURAZYME.....	40	amphotericin b.....	17	atovaquone-proguanil hcl.....	19
ALECENSA.....	1	ampicillin.....	21	atropine sulfate.....	55
alendronate sodium.....	43	ampicillin sodium.....	21	ATROVENT HFA.....	55
alfuzosin hcl er.....	50	ampicillin-sulbactam sodium.....	21	AUBRA EQ.....	36
ALIMTA.....	5	anagrelide hcl.....	51	AUROVELA 1/20.....	36
aliskiren fumarate.....	26	anastrozole.....	4	AUROVELA 24 FE.....	36
all day allergy.....	56	ANDRODERM.....	33	AUROVELA FE 1.5/30.....	36
all day allergy d.....	59	ANIMAL SHAPES.....	79	AUROVELA FE 1/20.....	36
all day allergy-d.....	59	animal shapes/iron.....	79	AURYXIA.....	32
aller-chlor.....	56	ANORO ELLIPTA.....	58	AUSTEDO.....	70
aller-ease.....	56	antacid.....	44	AVASTIN.....	1
allergy.....	56	antacid anti-gas max strength.....	44	AVIANE.....	36

AVITA.....	88	BEXSERO.....	9	<i>c-1000/rose hips</i>	80
AYR SALINE NASAL NETI RINSE..	58	<i>bicalutamide</i>	5	<i>c-500</i>	80
AYR SALINE NASAL RINSE.....	58	BICILLIN L-A.....	21	<i>ca phosphate dibasic dihyd</i>	76
AYUNA.....	36	BIKTARVY.....	16	<i>cabergoline</i>	40
AYVAKIT.....	1	<i>bioflavonoid citrus</i>	27	CABOMETYX.....	1
<i>azacitidine</i>	5	<i>biotin</i>	79, 80	<i>calamine</i>	91
<i>azathioprine</i>	8	<i>biotin-d</i>	27	<i>calamine phenolated</i>	91
<i>azelastine hcl</i>	53, 56	<i>bisacodyl</i>	47	<i>calamine-zinc oxide</i>	91
<i>azithromycin</i>	20	<i>bisacodyl ec</i>	47	CALCET PETITES.....	76
AZOPT.....	53	<i>bismatrol</i>	45	CALCI-CHEW.....	76
<i>aztreonam</i>	17	<i>bismuth</i>	45	CALCIFEROL.....	80
AZURETTE.....	36	<i>bismuth subcarbonate</i>	27	<i>calcipotriene</i>	89
<i>b complex</i>	79	<i>bisoprolol fumarate</i>	24	<i>calcitonin (salmon)</i>	43
<i>b complex-c</i>	79	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	23	CALCITRATE.....	76
B-12 DOTS.....	79	BIVIGAM.....	8	CALCITRENE.....	89
<i>bacitracin</i>	54, 89	BLEPHAMIDE S.O.P.....	54	<i>calcitriol</i>	33
<i>bacitracin zinc</i>	89	BLISOVI 24 FE.....	36	<i>calcium</i>	77
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	54	BLISOVI FE 1.5/30.....	36	<i>calcium 500/d</i>	76
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	54	BOOSTRIX.....	9	<i>calcium 600</i>	76
<i>baclofen</i>	63	<i>boric acid</i>	91	<i>calcium 600+d</i>	76
<i>balsalazide disodium</i>	46	<i>boric acid topical</i>	27	<i>calcium 600-d</i>	76
BALVERSA.....	1	<i>bortezomib</i>	1	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	32
BALZIVA.....	36	<i>bosentan</i>	26	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	76, 77
<i>banana concentrate</i>	27	BOSULIF.....	1	<i>calcium carbonate</i>	77
BANOPHEN.....	56	BPROTECTED PEDIA POLY- VITE/FE.....	80	<i>calcium carbonate antacid</i>	77
BANZEL.....	63	BRAFTOVI.....	1	<i>calcium carbonate extra light</i>	77
BARACLUDGE.....	19	BREO ELLIPTA.....	58	<i>calcium citrate +</i>	80
BASAGLAR KWIKPEN.....	35	BREZTRI AEROSPHERE.....	58	<i>calcium citrate tetrahydrate</i>	27
<i>baza antifungal</i>	87	<i>briellyn</i>	36	<i>calcium gluconate anhydrous</i>	77
<i>bcg vaccine</i>	9	BRILINTA.....	53	<i>calcium high potency</i>	77
<i>b-complex/b-12</i>	79	<i>brimonidine tartrate</i>	53	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	77
<i>b-complex/vitamin c (w/ ca)</i>	79	<i>brinzolamide</i>	53	<i>calcium hydroxide</i>	27
BEELITH.....	76	<i>brivact</i>	63	<i>calcium lactate</i>	77
BEKYREE.....	36	BROMFED DM.....	60	<i>calcium phosphate tribasic</i>	77
BELSOMRA.....	71	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	54	<i>calcium saccharate</i>	27
<i>benazepril hcl</i>	26	<i>bromocriptine mesylate</i>	62	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	77
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	25	BROMSITE.....	54	<i>calcium-vitamin d3</i>	77
BENDEKA.....	1	BRUKINSA.....	1	<i>calcium-vitamin d-minerals</i>	77
BENLYSTA.....	8	<i>budesonide</i>	46, 59	CALQUENCE.....	1
<i>benzoin</i>	87	<i>budesonide er</i>	46	CAMILA.....	36
<i>benzonatate</i>	59, 60	BUFFER CREAM.....	27	<i>camphor</i>	91
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	88	<i>bumetanide</i>	25	CAMRESE.....	36
<i>benzphetamine hcl</i>	71	<i>buprenorphine</i>	12	CAMRESE LO.....	37
<i>benztropine mesylate</i>	62	<i>buprenorphine hcl</i>	71	<i>candesartan cilexetil</i>	22
<i>benzyl alcohol</i>	27	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	71	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	25
<i>bepotastine besilate</i>	53	<i>bupropion hcl</i>	66	<i>capcof</i>	60
BEPREVE.....	53	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	71	CAPLYTA.....	68
BERINERT.....	51	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	66	CAPRELSA.....	1
BESIVANCE.....	54	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	66	<i>capsaicin</i>	91
<i>betaine anhydrous</i>	27	<i>buspirone hcl</i>	63	<i>captopril</i>	26
<i>betamethasone dipropionate</i>	90	<i>butorphanol tartrate</i>	11	CARBAGLU.....	40
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	90	<i>butylparaben</i>	27	<i>carbamazepine</i>	63
<i>betamethasone valerate</i>	90	BYDUREON.....	33	<i>carbamazepine er</i>	63
BETASERON.....	71	BYDUREON BCISE.....	33	<i>carbidopa-levodopa</i>	62
<i>betatemp childrens</i>	12	BYETTA 10 MCG PEN.....	33	<i>carbidopa-levodopa er</i>	62
<i>betaxolol hcl</i>	24, 53	BYETTA 5 MCG PEN.....	34	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	63
<i>bethanechol chloride</i>	50	BYSTOLIC.....	24	CARBOGEL 940.....	27
BETOPTIC-S.....	53	<i>c 250</i>	80	CARBOHOL 940.....	28
BEVESPI AEROSPHERE.....	58	<i>c 500/rose hips</i>	80	<i>carbomer homopolymer type c</i>	28
<i>bexarotene</i>	6			<i>carboplatin</i>	1

<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	28	<i>chewable vite childrens</i>	80	<i>clonidine hcl</i>	26
<i>carisoprodol</i>	63	<i>chewable viteliron childrens</i>	80	<i>clopidogrel bisulfate</i>	53
CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	87	<i>child chewable vitaminsliron</i>	80	<i>clorazepate dipotassium</i>	64
<i>carteolol hcl</i>	53	<i>childrens animal shapes</i>	80	CLORPACTIN.....	91
CARTIA XT.....	24	<i>childrens chewable vitamins</i>	80	<i>clotrimazole</i>	49, 87
<i>carvedilol</i>	24	<i>childrens ibuprofen</i>	10	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	87
<i>caspofungin acetate</i>	17	<i>childrens loratadine</i>	56	<i>clove oil</i>	28
<i>castellani paint modified</i>	87	<i>childrens mucus relief expect</i>	60	<i>clozapine</i>	68
CAYSTON.....	17	<i>childrens silapap</i>	12	<i>co q 10</i>	73
CAZIANI.....	37	<i>childrens silfedrine</i>	60	<i>co q10</i>	73
<i>cefaclor</i>	20	<i>childrens tactual</i>	13	<i>co q-10</i>	73
<i>cefaclor er</i>	20	<i>chlorhexidine gluconate</i>	87	<i>coal tar</i>	28
<i>cefadroxil</i>	20	<i>chloroform</i>	28	COARTEM.....	19
<i>cefazolin sodium</i>	20	<i>chloroquine phosphate</i>	19	<i>cocoa butter</i>	28
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	20	<i>chlorpromazine hcl</i>	68	<i>coconut oil</i>	28
<i>cefdinir</i>	20	<i>chlorthalidone</i>	25	<i>cod liver oil</i>	80
<i>cefepime hcl</i>	20	<i>chocolate concentrate</i>	28	<i>coenzyme q10</i>	28, 73, 74
<i>cefixime</i>	20	<i>cholesterol</i>	28	<i>coenzyme q-10</i>	73, 74
<i>cefoxitin sodium</i>	20	<i>cholestyramine</i>	23	<i>co-enzyme q10</i>	74
<i>cefepodoxime proxetil</i>	20	<i>cholestyramine light</i>	23	<i>co-enzyme q-10</i>	74
<i>cefprozil</i>	20	<i>chromic chloride</i>	78	<i>colchicine</i>	14
<i>ceftazidime</i>	20	<i>chrysin</i>	28	<i>colchicine-probenecid</i>	14
<i>ceftazidime and dextrose</i>	20	<i>ciclopirox olamine</i>	87	<i>colesevelam hcl</i>	23
<i>ceftriaxone sodium</i>	20	<i>cilostazol</i>	51	<i>colestipol hcl</i>	23
<i>cefuroxime axetil</i>	20	CILOXAN.....	54	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	18
<i>cefuroxime sodium</i>	20	CIMDUO.....	16	<i>collodion</i>	28
<i>celecoxib</i>	10	<i>cinacalcet hcl</i>	41	<i>collodion flexible</i>	28
CELONTIN.....	63	CIPRO.....	21	COMBIGAN.....	53
<i>centamin</i>	80	<i>ciprofloxacin hcl</i>	21, 54	COMBIVENT RESPIMAT.....	58
<i>centavite</i>	80	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	21	COMETRIQ (100 MG DAILY	
<i>century</i>	80	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	92	DOSE).....	1
<i>century mature</i>	80	<i>cisplatin</i>	1	COMETRIQ (140 MG DAILY	
<i>cephalexin</i>	20	<i>citalopram hydrobromide</i>	66	DOSE).....	1
CERDELGA.....	40	<i>citric acid anhydrous</i>	28	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)...	1
CEREZYME.....	40	<i>citrus calcium +d</i>	77	COMFORT ASSIST INSULIN	
CEROVITE ADVANCED		<i>citrus calcium/vitamin d</i>	77	SYRINGE.....	35
FORMULA.....	80	CLARAVIS.....	88	COMPETE.....	80
CEROVITE JR.....	80	<i>clarithromycin</i>	20	COMPLERA.....	16
CEROVITE SENIOR.....	80	<i>clarithromycin er</i>	20	<i>complete</i>	80
CERTAVITE		<i>classic prenatal</i>	80	<i>complete allergy medicine</i>	56
SENIOR/ANTIOXIDANT.....	80	<i>clindamycin hcl</i>	17	<i>complete senior</i>	80
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	80	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	17	COMPRO.....	45
<i>cetirizine hcl</i>	56	<i>clindamycin phosphate</i>	18, 49, 88	<i>constulose</i>	47
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	56	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	17	COPIKTRA.....	1
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	56	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	17	<i>copper sulfate</i>	79
<i>cetirizine hcl hives relief</i>	56	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	78	<i>coq10</i>	74
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	60	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	78	<i>coq-10</i>	74
<i>cetyl alcohol</i>	28	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	78	CORLANOR.....	26
<i>cevimeline hcl</i>	87	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	78	<i>corn starch</i>	28
CHANTIX.....	71	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	79	<i>cortisone acetate</i>	42
CHANTIX CONTINUING MONTH		<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	79	COTELLIC.....	1
PAK.....	71	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	79	<i>cottonseed oil</i>	28
CHANTIX STARTING MONTH		CLINISOL SF.....	79	<i>cough dm</i>	60
PAK.....	71	CLINOLIPID.....	79	<i>creatine monohydrate</i>	28
<i>charcoal</i>	41	<i>clobazam</i>	63	CREON.....	47
CHATEAL.....	37	<i>clobetasol propionate</i>	90	CRIXIVAN.....	15
CHEMET.....	33	<i>clobetasol propionate e</i>	90	<i>cromolyn sodium</i>	46, 53, 58
CHEMSTRIP UGK.....	41	<i>clomipramine hcl</i>	66	<i>croton oil</i>	28
<i>cherry</i>	28	<i>clonazepam</i>	63, 64	CRYSELLE-28.....	37
<i>cherry concentrate</i>	28	<i>clonidine</i>	26	<i>cupric chloride</i>	79

<i>cvs cough dm</i>	60	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	75	<i>docu</i>	47
<i>cvs gauze sterile</i>	35	<i>dextrose in lactated ringers</i>	75	<i>docu soft</i>	47
<i>cyanocobalamin</i>	80	<i>dextrose-nacl</i>	75	<i>docusate sodium</i>	47
CYCLAFEM 1/35.....	37	<i>dextrose-sodium chloride</i>	75	DOCUSIL.....	47
CYCLAFEM 7/7/7.....	37	<i>dhea</i>	74	DOCUSOL MINI.....	47
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	63	DIABETIC TUSSIN.....	60	<i>dofetilide</i>	22
<i>cyclophosphamide</i>	1	DIABETIC TUSSIN DM.....	60	<i>donepezil hcl</i>	66
<i>cycloserine</i>	16	DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	60	DOPTLET.....	51
<i>cyclosporine</i>	8	DIABETISWEET.....	74	<i>dorzolamide hcl</i>	53
<i>cyclosporine modified</i>	8	DIACOMIT.....	64	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	53
<i>cyproheptadine hcl</i>	56	DIALYVITE 800.....	80	DOTTI.....	42
CYRED EQ.....	37	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	81	DOVATO.....	16
CYSTADANE.....	41	DIALYVITE 800/ZINC.....	81	<i>doxazosin mesylate</i>	23
CYSTADROPS.....	55	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	81	<i>doxepin hcl</i>	66, 71
CYSTAGON.....	41	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	81	<i>doxorubicin hcl</i>	5
CYSTARAN.....	55	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX.....	81	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	5
<i>cytarabine</i>	5	DIASCREEN 10.....	41	DOXY 100.....	22
<i>d 1000</i>	80	DIASCREEN 1G.....	41	<i>doxycycline hyclate</i>	22
<i>d 400</i>	80	DIASCREEN 2GK.....	41	<i>doxycycline monohydrate</i>	22
<i>d 5000</i>	80	DIASCREEN 3.....	41	DRIZALMA SPRINKLE.....	66
<i>d3 high potency</i>	80	DIASCREEN 4OBL.....	41	<i>dronabinol</i>	45
<i>d3 super strength</i>	80	DIASCREEN 5.....	41	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	37
<i>daily vitamins</i>	80	DIASCREEN 6.....	41	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	37
<i>daily-vite</i>	80	DIASCREEN 7.....	41	DROXIA.....	51
<i>daily-viteliron/beta-carotene</i>	80	DIASCREEN 8.....	41	<i>droxidopa</i>	26
<i>dalfampridine er</i>	71	DIASCREEN 9.....	41	<i>ducodyl</i>	47
DALIRESP.....	58	DIASCREEN.....	41	<i>duloxetine hcl</i>	66
<i>danazol</i>	42	DIASCREEN.....	41	DUREZOL.....	55
<i>dantrolene sodium</i>	63	DIASCREEN.....	41	<i>dutasteride</i>	50
<i>dapsone</i>	18	DIASCREEN.....	41	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	50
DAPTACEL.....	9	<i>diazepam</i>	64	<i>e-400</i>	81
<i>daptomycin</i>	18	<i>diazoxide</i>	33	<i>ecee plus</i>	81
DASETTA 1/35.....	37	<i>diclofenac potassium</i>	10	<i>ec-naproxen</i>	10
DASETTA 7/7/7.....	37	<i>diclofenac sodium</i>	10, 55, 91	ECPIRIN.....	13
DAURISMO.....	1	<i>diclofenac sodium er</i>	10	<i>ed chlorped jr</i>	56
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR		<i>dicloxacillin sodium</i>	21	<i>ed-apap</i>	13
RELIEF.....	56	<i>dicyclomine hcl</i>	46	EDURANT.....	15
DAYSEE.....	37	<i>diethylpropion hcl</i>	71	<i>efavirenz</i>	15
DEBLITANE.....	37	<i>diethylpropion hcl er</i>	71	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	16
<i>deferasirox</i>	33	DIFICID.....	21	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i>	16
<i>deferasirox granules</i>	33	<i>diflunisal</i>	10	ELDERTONIC.....	81
DELESTROGEN.....	42	DIGITEK.....	26	ELINEST.....	37
DELSTRIGO.....	16	DIGOX.....	26	ELIQUIS.....	50
DESCOVY.....	16	<i>digoxin</i>	26	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	50
<i>desipramine hcl</i>	66	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	70	ELLA.....	37
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	41	DILANTIN.....	64	ELURYNG.....	37
<i>desmopressin acetate</i>	41	DILANTIN INFATABS.....	64	EMCYT.....	5
<i>desmopressin acetate pf</i>	41	<i>diltiazem hcl</i>	24	EMEND.....	45
<i>desmopressin acetate spray</i>	41	<i>diltiazem hcl er</i>	24	EMOQUETTE.....	37
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	37	<i>diltiazem hcl er beads</i>	24	EMSAM.....	66
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	66	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	24	<i>emtricitabine</i>	15
<i>dexamethasone</i>	42	<i>dilt-xr</i>	24	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	16
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	42	<i>diphenhist</i>	56	EMTRIVA.....	15
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i>	42	<i>diphenhydramine hcl</i>	56	EMVERM.....	18
<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>diphenoxylate-atropine</i>	46	<i>enalapril maleate</i>	26
.....	42, 55	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	9	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	25
DEXILANT.....	47	<i>dipyridamole</i>	53	ENBREL.....	7
<i>dexmethylphenidate hcl</i>	73	<i>disopyramide phosphate</i>	22	ENBREL MINI.....	7
<i>dextromethorphan polistirex er</i>	60	<i>distilled water</i>	28	ENBREL SURECLICK.....	7
<i>dextrose</i>	79	<i>disulfiram</i>	71	ENDARI.....	51
		<i>divalproex sodium</i>	64		
		<i>divalproex sodium er</i>	64		
		<i>docetaxel</i>	6		

ENDOCET	11	EXEL COMFORT POINT PEN		<i>finasteride</i>	50
ENEMEEZ MINI	47	NEEDLE	35	FINTEPLA	64
ENEMEEZ PLUS	47	<i>exemestane</i>	5	FLAC	92
ENGERIX-B	9	<i>ezetimibe</i>	23	FLAREX	55
<i>enoxaparin sodium</i>	50	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	23	FLAVORX	29
ENPRESSE-28	37	EZFE 200	51	FLEBOGAMMA DIF	8
ENSKYCE	37	<i>ezfe forte</i>	81	<i>flecainide acetate</i>	22
ENSTILAR	90	FABRAZYME	41	FLOVENT DISKUS	59
<i>entacapone</i>	63	FALMINA	37	FLOVENT HFA	59
<i>entecavir</i>	19	<i>famciclovir</i>	19	<i>fluconazole</i>	17
ENTRESTO	25	<i>famotidine</i>	44	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	17
<i>enulose</i>	47	<i>famotidine premixed</i>	44	<i>flucytosine</i>	17
EPCLUSA	19	FANAPT	68	<i>fludrocortisone acetate</i>	42
EPIDIOLEX	64	FANAPT TITRATION PACK	68	<i>flunisolide</i>	59
<i>epinephrine</i>	58	FARXIGA	34	<i>fluocinolone acetonide</i>	90, 92
<i>epirubicin hcl</i>	5	FARYDAK	2	<i>fluocinolone acetonide body</i>	90
EPITOL	64	FASENRA	58	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	90
EPIVIR HBV	19	FASENRA PEN	58	<i>fluocinonide</i>	90
<i>eplerenone</i>	22	<i>fast acting antacid/anti-gas</i>	44	<i>fluocinonide emulsified base</i>	90
<i>epsom salt</i>	47	FATTYBLEND	28	<i>fluorometholone</i>	55
<i>eq cough dm</i>	60	FAYOSIM	37	<i>fluorouracil</i>	5, 91
<i>eq lice killing max st</i>	90	<i>fd&c red #40 aluminum lake</i>	28	<i>fluoxetine hcl</i>	67
<i>eq1 coq10</i>	74	<i>fd&c yellow #5</i>	28	<i>fluphenazine decanoate</i>	68
<i>ergocalciferol</i>	81	<i>fdc blue 1</i>	28	<i>fluphenazine hcl</i>	68
<i>ergotamine-caffeine</i>	70	<i>fdc blue 1 aluminum lake</i>	28	<i>flurbiprofen</i>	10
ERIVEDGE	1	<i>fdc blue 2</i>	28	<i>flurbiprofen sodium</i>	55
ERLEADA	5	<i>fdc green #3</i>	28	<i>flutamide</i>	5
<i>erlotinib hcl</i>	1, 2	<i>fdc red #3</i>	28	<i>fluticasone propionate</i>	59, 90
ERRIN	37	<i>fdc red 40</i>	28	<i>fluvoxamine maleate</i>	63
<i>ertapenem sodium</i>	18	<i>fdc yellow 5 aluminum lake</i>	29	<i>folic acid</i>	81
<i>ery</i>	88	<i>fdc yellow 6</i>	29	FOLITAB 500	52
ERY-TAB	21	<i>felbamate</i>	64	<i>fondaparinux sodium</i>	51
ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...	21	<i>felodipine er</i>	24	<i>formaldehyde</i>	91
ERYTHROCIN STEARATE	21	FEMYNOR	37	FORTEO	43
<i>erythromycin</i>	54, 88	<i>fenofibrate</i>	23	<i>fosamprenavir calcium</i>	15
<i>erythromycin base</i>	21	<i>fenofibrate micronized</i>	23	<i>fosinopril sodium</i>	26
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	21	<i>fentanyl</i>	12	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	25
ESBRIET	58	<i>fentanyl citrate</i>	11	FOTIVDA	2
<i>escitalopram oxalate</i>	66	FERAHEME	52	FREAMINE HBC	79
<i>esomeprazole magnesium</i>	47	FERATE	52	FREAMINE III	79
ESTARYLLA	37	FEROSUL	52	FREE & CLEAR	91
ESTER-C	81	<i>ferretts</i>	52	<i>fructose</i>	74
<i>estradiol</i>	42	<i>ferretts ips</i>	52	<i>fullers earth</i>	29
<i>estradiol valerate</i>	42	FERREX 150	52	<i>fulvestrant</i>	5
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	42	<i>ferric subsulfate</i>	29	FUNGOID-D	87
<i>eszopiclone</i>	71	FERRIMIN 150	52	<i>furosemide</i>	25
<i>ethambutol hcl</i>	16	<i>ferrous fumarate</i>	52	FUSION	52
<i>ethosuximide</i>	64	<i>ferrous gluconate</i>	52	FUZEON	15
<i>ethoxy ethoxy ethanol reagent</i>	28	<i>ferrous sulfate</i>	52	FYAVOLV	42
<i>ethyl alcohol</i>	28	<i>ferrousul</i>	52	FYCOMPA	64
<i>ethyl oleate</i>	28	FETZIMA	67	<i>gabapentin</i>	64
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	37	FETZIMA TITRATION	67	<i>galantamine hydrobromide</i>	66
<i>etodolac</i>	10	FEVERALL ADULTS	13	<i>galantamine hydrobromide er</i>	66
<i>etodolac er</i>	10	FEVERALL CHILDRENS	13	GAMASTAN	8
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	37	FEVERALL INFANTS	13	GAMMAGARD	8
<i>etoposide</i>	6	FEVERALL JUNIOR STRENGTH ...	13	GAMMAGARD S/D LESS IGA	8
<i>etravirine</i>	15	<i>fexofenadine hcl</i>	56	GAMMAKED	8
EUTHYROX	32	FIASP	35	GAMMAPLEX	8
<i>everolimus</i>	2, 8	FIASP FLEXTOUCH	35	GAMUNEX-C	8
EVOTAZ	16	FIASP PENFILL	35	<i>ganciclovir sodium</i>	19

GARDASIL 9.....	9	<i>gnp calcium 500/d.....</i>	77	<i>gnp one daily womens 50+.....</i>	82
<i>gatifloxacin.....</i>	54	<i>gnp calcium 600 +d3/minerals.....</i>	77	<i>gnp one daily womens health.....</i>	82
GATTEX.....	46	<i>gnp calcium 600/d.....</i>	77	<i>gnp opti-vitamins.....</i>	82
GAVILYTE-C.....	47	<i>gnp calcium citrate +d3.....</i>	77	<i>gnp pain & fever childrens.....</i>	13
GAVILYTE-G.....	47	<i>gnp calcium citrate+d maximum.....</i>	77	<i>gnp pain relief extra strength.....</i>	13
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK.....	47	<i>gnp calcium plus 600 +d.....</i>	77	<i>gnp pediatric electrolyte.....</i>	76
GAVRETO.....	2	<i>gnp calcium/vitamin d/minerals.....</i>	77	<i>gnp pink bismuth.....</i>	45
<i>gemcitabine hcl.....</i>	5	<i>gnp calcium-magnesium-zinc.....</i>	77	<i>gnp prenatal.....</i>	82
<i>gemfibrozil.....</i>	23	<i>gnp capsaicin.....</i>	91	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr.....</i>	60
<i>generlac.....</i>	47	<i>gnp century.....</i>	81	<i>gnp senna-lax.....</i>	48
GENGRAF.....	8	<i>gnp century adults 50+ senior.....</i>	81	<i>gnp slow release iron.....</i>	52
GENOTROPIN.....	41	<i>gnp century cardio health.....</i>	81	<i>gnp stomach relief.....</i>	45
GENOTROPIN MINIQUICK.....	41	<i>gnp century energy metabolism.....</i>	81	<i>gnp stool softener.....</i>	48
GENTAK.....	54	<i>gnp century mature.....</i>	81	<i>gnp suphedrin.....</i>	60
<i>gentamicin in saline.....</i>	18	<i>gnp century ultimate mens.....</i>	81	<i>gnp terbinafine hydrochloride.....</i>	87
<i>gentamicin sulfate.....</i>	18, 54, 89	<i>gnp century ultimate womens.....</i>	81	<i>gnp therapeutic-m.....</i>	82
<i>gentle laxative.....</i>	48	<i>gnp childrens allergy.....</i>	57	<i>gnp tolnaftate.....</i>	87
GENVOYA.....	16	<i>gnp childrens chewables/lex c.....</i>	81	<i>gnp triple antibiotic plus.....</i>	89
<i>geriaton.....</i>	81	<i>gnp childrens chewables/liron.....</i>	81	<i>gnp tussin cf cough & cold.....</i>	60
<i>geriatric vitamin.....</i>	81	<i>gnp childrens complete.....</i>	81	<i>gnp tussin dm.....</i>	60
GIANVI.....	37	<i>gnp childrens ibuprofen.....</i>	10	<i>gnp tussin dm cough.....</i>	60
GILENYA.....	71	<i>gnp clotrimazole 3.....</i>	49	<i>gnp tussin dm max.....</i>	60
GILOTRIF.....	2	<i>gnp co q10.....</i>	74	<i>gnp vitamin a.....</i>	82
<i>glatiramer acetate.....</i>	71	<i>gnp cod liver oil.....</i>	81	<i>gnp vitamin b1.....</i>	82
GLATOPA.....	71	<i>gnp coenzyme q-10.....</i>	74	<i>gnp vitamin b-12.....</i>	82
<i>glimepiride.....</i>	34	<i>gnp cough dm er.....</i>	60	<i>gnp vitamin b-12 tr.....</i>	82
<i>glipizide.....</i>	34	<i>gnp cough dm er.....</i>	60	<i>gnp vitamin b-6.....</i>	82
<i>glipizide er.....</i>	34	<i>gnp dayhist allergy.....</i>	57	<i>gnp vitamin c.....</i>	82
<i>glipizide xl.....</i>	34	<i>gnp essential one daily.....</i>	81	<i>gnp vitamin c cr.....</i>	82
<i>glipizide-metformin hcl.....</i>	34	<i>gnp folic acid.....</i>	81	<i>gnp vitamin c drops.....</i>	82
<i>global alcohol prep ease.....</i>	35	<i>gnp glycerin child.....</i>	48	<i>gnp vitamin c w/rose hips.....</i>	82
<i>glucosamine hcl.....</i>	29	<i>gnp healthy eyes.....</i>	81	<i>gnp vitamin c/rose hips tr.....</i>	82
<i>glucosamine sulfate.....</i>	29	<i>gnp healthy eyes supervision.....</i>	81	<i>gnp vitamin d.....</i>	82
<i>glycerin.....</i>	29	<i>gnp ibuprofen infants.....</i>	10	<i>gnp vitamin d-400.....</i>	82
<i>glycerin (infants & children).....</i>	48	<i>gnp ibuprofen junior strength.....</i>	10	<i>gnp vitamin e.....</i>	82
<i>glycolic acid.....</i>	29, 91	<i>gnp infants pain/fever.....</i>	13	<i>gnp womens one daily.....</i>	82
<i>glycopyrrolate.....</i>	46	<i>gnp iron.....</i>	52	<i>gnp zinc.....</i>	77
GLYDO.....	88	<i>gnp k-pec.....</i>	45	<i>gnp zoochews gummies.....</i>	82
GLYXAMBI.....	34	<i>gnp laxative.....</i>	48	GOLYTELY.....	48
<i>gnp 8 hour pain reliever.....</i>	13	<i>gnp laxative pills.....</i>	48	<i>goodsense all day allergy.....</i>	57
<i>gnp all day allergy.....</i>	57	<i>gnp lice treatment.....</i>	91	<i>goodsense arthritis pain.....</i>	13
<i>gnp all day allergy childrens.....</i>	57	<i>gnp little ones childrens.....</i>	81	<i>goodsense aspirin.....</i>	13
<i>gnp all day allergy-d.....</i>	60	<i>gnp loratadine.....</i>	57	<i>goodsense ibuprofen childrens.....</i>	10
<i>gnp allergy.....</i>	57	<i>gnp magnesium.....</i>	77	<i>goodsense ibuprofen infants.....</i>	10
<i>gnp allergy & congestion.....</i>	60	<i>gnp maximum one daily.....</i>	81	<i>goodsense ibuprofen junior st.....</i>	10
<i>gnp allergy relief.....</i>	57	<i>gnp mega multi for men.....</i>	81	<i>goodsense nicotine.....</i>	72
<i>gnp antacid anti-gas.....</i>	44	<i>gnp mega multi for women.....</i>	82	<i>goodsense pain & fever child.....</i>	13
<i>gnp anti-diarrheal.....</i>	45	<i>gnp miconazole 3.....</i>	49	<i>goodsense pain & fever infants.....</i>	13
<i>gnp arthritis pain relief.....</i>	13	<i>gnp miconazole 7.....</i>	49	<i>goodsense pain relief.....</i>	13
<i>gnp aspirin.....</i>	13	<i>gnp mucus relief childrens.....</i>	60	<i>goodsense pain relief extra st.....</i>	13
<i>gnp athletes foot.....</i>	87	<i>gnp nasal decongestant.....</i>	60	<i>gowey.....</i>	74
<i>gnp b-100 balanced tr.....</i>	81	<i>gnp nasal decongestant pe.....</i>	60	<i>granisetron hcl.....</i>	45
<i>gnp b-50 balanced.....</i>	81	<i>gnp natural fiber.....</i>	48	<i>grape flavor.....</i>	29
<i>gnp bacitracin zinc.....</i>	89	<i>gnp niacin tr.....</i>	82	<i>grape seed.....</i>	29
GNP BISA-LAX.....	48	<i>gnp nicotine mini.....</i>	72	<i>grape syrup.....</i>	29
<i>gnp boric acid.....</i>	29	<i>gnp nicotine polacrilex.....</i>	72	<i>green tea extract.....</i>	29
<i>gnp cal mag zinc +d3.....</i>	81	<i>gnp one daily maximum.....</i>	82	<i>griseofulvin microsize.....</i>	17
<i>gnp calcium.....</i>	77	<i>gnp one daily mens 50+advanced... ..</i>	82	<i>griseofulvin ultramicrosize.....</i>	17
<i>gnp calcium 500 +d3.....</i>	77	<i>gnp one daily mens health 50+.....</i>	82	<i>guaiaitussin ac.....</i>	60
		<i>gnp one daily mens/lycopene.....</i>	82	<i>guaifenesin.....</i>	60
		<i>gnp one daily plus iron.....</i>	82		

<i>guaifenesin ac</i>	60	<i>hm triple antibiotic</i>	89	<i>imatinib mesylate</i>	2
<i>guaifenesin-codeine</i>	60	<i>hm triple antibiotic max st</i>	89	IMBRUVICA.....	2
<i>guaifenesin-dm</i>	60	<i>hm tussin adult</i>	61	<i>imipenem-cilastatin</i>	18
<i>guanfacine hcl</i>	26	<i>hm tussin adult dm</i>	61	<i>imipramine hcl</i>	67
<i>guanfacine hcl er</i>	73	<i>hm tussin adult multi-symptom</i>	61	<i>imiquimod</i>	91
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	33	<i>hm vitamin b1</i>	82	IMOVAX RABIES.....	9
GVOKE PFS.....	33	<i>hm vitamin b12</i>	82	INCASSIA.....	37
H2Q.....	74	<i>hm vitamin e</i>	82	INCRELEX.....	41
HAEGARDA.....	51	<i>hrt base</i>	29	INCRUSE ELLIPTA.....	55
HAILEY 1.5/30.....	37	HUMIRA.....	7	<i>indapamide</i>	25
HAILEY 24 FE.....	37	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>indole-3-carbinol</i>	29
<i>halobetasol propionate</i>	90	START.....	7	INFANRIX.....	9
<i>haloperidol</i>	68	HUMIRA PEN.....	7	<i>infants ibuprofen</i>	11
<i>haloperidol decanoate</i>	68	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFUVITE ADULT.....	83
<i>haloperidol lactate</i>	68	STARTER.....	7	INFUVITE PEDIATRIC.....	83
HARVONI.....	19	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INGREZZA.....	70
HAVRIX.....	9	START.....	7	INLYTA.....	2
<i>healthy eyes</i>	82	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		<i>inositol hexanicotinate</i>	29
HEATHER.....	37	START.....	7	INQOVI.....	6
<i>heparin (porcine) in nacl</i>	51	HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT		INREBIC.....	2
<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	51	STARTER.....	7	INTEGRA.....	52
<i>heparin sodium (porcine)</i>	51	HUMULIN R U-500		INTELENCE.....	15
HEPATAMINE.....	79	(CONCENTRATED).....	35	INTRALIPID.....	79
HERCEPTIN.....	2	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	35	INTRON A.....	8
HERCEPTIN HYLECTA.....	2	<i>hydralazine hcl</i>	26	INTROVALE.....	37
HERZUMA.....	2	<i>hydrochloric acid</i>	29	INVEGA SUSTENNA.....	68
HETLIOZ.....	71	<i>hydrochlorothiazide</i>	25	INVEGA TRINZA.....	68
HIBERIX.....	9	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	61	INVIRASE.....	15
HIGH POTENCY CALCIUM.....	77	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	12	IPOL.....	9
<i>hm advanced antacid max st</i>	44	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	11	<i>ipratropium bromide</i>	56
<i>hm allergy</i>	57	<i>hydrocodone-homatropine</i>	61	<i>ipratropium-albuterol</i>	58
<i>hm allergy complete-d</i>	60	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	11	<i>irbesartan</i>	22
<i>hm allergy relief</i>	57	<i>hydrocortisone</i>	43, 46, 90	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	25
<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	60	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	91	IRESSA.....	2
<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	44	<i>hydromet</i>	61	<i>irinotecan hcl</i>	6
<i>hm antacid/antigas</i>	44	<i>hydromorphone hcl</i>	11	<i>iron</i>	52
<i>hm anti-diarrheal</i>	45	<i>hydrophilic</i>	29	<i>iron 100 plus</i>	52
<i>hm arthritis pain relief</i>	13	<i>hydrous emulsified base</i>	29	<i>iron 100/c</i>	52
<i>hm aspirin</i>	13	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	83	ISENTRESS.....	15
<i>hm aspirin ec</i>	13	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	9	ISENTRESS HD.....	15
<i>hm bacitracin zinc</i>	89	<i>hydroxyurea</i>	6	ISIBLOOM.....	37
<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	57	<i>hydroxyzine hcl</i>	57	ISOLYTE-P IN D5W.....	75
<i>hm coq10</i>	74	<i>hydroxyzine pamoate</i>	57	ISOLYTE-S.....	75
<i>hm cough dm</i>	61	HYSINGLA ER.....	12	<i>isoniazid</i>	16
<i>hm epsom salt</i>	48	<i>ibandronate sodium</i>	43	<i>isopropyl palmitate</i>	29
<i>hm ibuprofen childrens</i>	10	IBRANCE.....	2	ISOPTO ATROPINE.....	55
<i>hm ibuprofen infants</i>	10	IBU.....	10	<i>isosorbide dinitrate</i>	27
<i>hm iron</i>	52	<i>ibuprofen</i>	10, 11	<i>isosorbide mononitrate</i>	27
<i>hm lice killing max st</i>	91	<i>ibuprofen childrens</i>	10	<i>isosorbide mononitrate er</i>	27
<i>hm loperamide hcl</i>	45	<i>ibuprofen junior strength</i>	10	<i>isotretinoin</i>	88
<i>hm loratadine childrens</i>	57	ICAPS.....	83	<i>isradipine</i>	24
<i>hm nasal decongestant pe</i>	61	ICAPS AREDS FORMULA.....	83	<i>itraconazole</i>	17
<i>hm niacin</i>	82	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	83	<i>ivermectin</i>	18
<i>hm nicotine polacrilex</i>	72	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN.....	83	<i>i-vite</i>	83
<i>hm pain & fever childrens</i>	13	ICAPS MV.....	83	<i>i-vite protect</i>	83
<i>hm pain & fever infants</i>	13	<i>icatibant acetate</i>	51	IXIARO.....	9
<i>hm pain relief extra strength</i>	13	ICLEVIA.....	37	JAKAFI.....	2
<i>hm pain reliever</i>	13	ICLUSIG.....	2	JANTOVEN.....	51
<i>hm stomach relief</i>	45	IDHIFA.....	2	JANUMET.....	34
<i>hm stool softener</i>	48	ILEVRO.....	55	JANUMET XR.....	34

JANUVIA.....	34	<i>lactulose encephalopathy</i>	48	<i>l-glutathione</i>	74
JARDIANCE.....	34	<i>lamivudine</i>	15, 19	<i>lice killing maximum strength</i>	91
JASMIEL.....	37	<i>lamivudine-zidovudine</i>	16	<i>lice treatment</i>	91
JELENE.....	29	<i>lamotrigine</i>	64	LICIDE.....	91
JENTADUETO.....	34	<i>lamotrigine er</i>	64	<i>lidocaine</i>	88, 89
JENTADUETO XR.....	34	<i>lansoprazole</i>	47	<i>lidocaine hcl</i>	14, 89
<i>jessners</i>	91	<i>lapatinib ditosylate</i>	2	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	14
JINTELI.....	42	<i>l-arginine</i>	74	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	89
<i>jock itch spray</i>	87	LARIN 1.5/30.....	38	<i>lidocaine viscous hcl</i>	87
JOLESSA.....	37	LARIN 1/20.....	38	<i>lidocaine-prilocaine</i>	89
JULEBER.....	37	LARIN 24 FE.....	38	LILLOW.....	38
JULUCA.....	16	LARIN FE 1.5/30.....	38	<i>linezolid</i>	18
JUNEL 1.5/30.....	37	LARIN FE 1/20.....	38	<i>linezolid in sodium chloride</i>	18
JUNEL 1/20.....	38	LARISSIA.....	38	LINZESS.....	46
JUNEL FE 1.5/30.....	38	LASTACAPT.....	53	<i>liothyronine sodium</i>	33
JUNEL FE 1/20.....	38	<i>latanoprost</i>	53	<i>lip balm base</i>	29
JUNEL FE 24.....	38	LATUDA.....	68, 69	<i>lip balm base natural</i>	29
JUXTAPID.....	23	LAYOLIS FE.....	38	LIPOBASE.....	29
KADCYLA.....	2	<i>l-citrulline</i>	29	<i>lipoic acid</i>	29
KAITLIB FE.....	38	<i>l-cystine</i>	74	LIPOIL.....	29
KALETRA.....	16	<i>lecithin</i>	74	<i>lipovan base</i>	29
KALYDECO.....	58	LEENA.....	38	<i>lisinopril</i>	26
KANJINTI.....	2	<i>leflunomide</i>	9	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	25
<i>karaya gum</i>	29	<i>lemon bioflavanoid</i>	29	<i>l-isoleucine</i>	74
KARIVA.....	38	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE).....	2	<i>lithium</i>	70
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	75	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE).....	2	<i>lithium carbonate</i>	70
KELNOR 1/35.....	38	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE).....	2	<i>lithium carbonate er</i>	70
KELNOR 1/50.....	38	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE).....	2	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	38
<i>ketoconazole</i>	17, 87, 89	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE).....	2	LOESTRIN 1/20 (21).....	38
KETO-DIASTIX.....	41	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE).....	2	LOESTRIN FE 1.5/30.....	38
<i>ketorolac tromethamine</i>	55	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	3	LOESTRIN FE 1/20.....	38
KEYTRUDA.....	2	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	3	<i>lohist-dm</i>	61
KINRIX.....	9	LESSINA.....	38	LOKELMA.....	33
KISQALI (200 MG DOSE).....	2	<i>letrozole</i>	5	LOLLIBASE.....	29
KISQALI (400 MG DOSE).....	2	<i>leucovorin calcium</i>	5	LONSURF.....	6
KISQALI (600 MG DOSE).....	2	LEUKERAN.....	1	<i>loperamide hcl</i>	46
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	6	<i>leuprolide acetate</i>	5	<i>lopinavir-ritonavir</i>	16, 17
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	6	<i>levabuterol hcl</i>	55	LOPREEZA.....	42
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	6	<i>levabuterol tartrate</i>	55	<i>loratadine</i>	57
KLOR-CON.....	76	LEVEMIR.....	35	<i>loratadine childrens</i>	57
KLOR-CON 10.....	75	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	35	<i>loratadine-d 24hr</i>	61
KLOR-CON M10.....	76	<i>levetiracetam</i>	64	<i>lorazepam</i>	63
KLOR-CON M15.....	76	<i>levetiracetam er</i>	64	LORAZEPAM INTENSOL.....	63
KLOR-CON M20.....	76	<i>levetiracetam in nacl</i>	64	LORBRENA.....	3
KLS ALLERCLEAR.....	57	<i>levobunolol hcl</i>	53	LORTUSS EX.....	61
KLS ALLER-TEC.....	57	<i>levocarnitine</i>	41	LORYNA.....	38
<i>kojic acid</i>	29	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	57	<i>losartan potassium</i>	22
KORLYM.....	41	<i>levofloxacin</i>	21	<i>losartan potassium-hctz</i>	25
KURVELO.....	38	<i>levofloxacin in d5w</i>	21	LOTEMAX.....	55
KYNMOBI.....	63	LEVONEST.....	38	<i>lovastatin</i>	23
<i>labetalol hcl</i>	24	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	38	LOW-OGESTREL.....	38
<i>lactated ringers</i>	75	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	38	<i>loxapine succinate</i>	69
<i>lactic acid</i>	29	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	38	<i>lozibase</i>	30
<i>lactose</i>	29	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	38	<i>l-tyrosine</i>	74
<i>lactose anhydrous</i>	29	LEVORA 0.15/30 (28).....	38	LUMAKRAS.....	3
<i>lactose hydrous</i>	29	LEVO-T.....	32	LUMIGAN.....	53
<i>lactose monohydrate</i>	29	<i>levothyroxine sodium</i>	32	LUMIZYME.....	41
<i>lactulose</i>	48	LEVOXYL.....	33	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	5
		LEXIVA.....	15	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	5
		<i>l-glutamine</i>	74	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	41

LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	41	<i>mesalamine-cleanser</i>	47	MITIGARE	14
LUTERA	38	MESNEX	5	M-M-R II	9
<i>l-valine</i>	74	METADATE ER	73	<i>m-natal plus</i>	76
LYLEQ	38	<i>metformin hcl</i>	34	<i>moexipril hcl</i>	26
LYLLANA	42	<i>metformin hcl er</i>	34	<i>molindone hcl</i>	69
LYNPARZA	3	<i>methadone hcl</i>	12	<i>mometasone furoate</i>	90
LYRICA CR	70	METHADONE HCL INTENSOL	12	MONDOXYNE NL	22
LYSODREN	5	<i>methazolamide</i>	25	MONJUVI	3
LYZA	38	<i>methenamine hippurate</i>	18	MONO-LINYAH	39
M.V.I. PEDIATRIC	83	<i>methimazole</i>	33	<i>montelukast sodium</i>	59
<i>mag-al plus</i>	44	<i>methocarbamol</i>	63	<i>morphine sulfate</i>	11, 12
<i>mag-al plus xs</i>	44	<i>methotrexate</i>	9	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	11
<i>magdelay</i>	77	<i>methotrexate sodium</i>	6	<i>morphine sulfate (pf)</i>	11
<i>mag-g</i>	77	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	6	<i>morphine sulfate er</i>	12
MAGNEBIND 300	77	<i>methyl sulfone</i>	30	MOVANTIK	46
<i>magnesium</i>	78	<i>methylcellulose</i>	30	<i>moxifloxacin hcl</i>	21, 54
<i>magnesium 27</i>	77	<i>methylidopa</i>	26	<i>mucus relief chest congestion</i>	61
<i>magnesium carbonate heavy</i>	77	<i>methylparaben</i>	30	MULTAQ	22
<i>magnesium citrate</i>	30	<i>methylphenidate hcl</i>	73	<i>multi vitamin mens</i>	83
<i>magnesium oxide</i>	44, 77	<i>methylphenidate hcl er</i>	73	<i>multi-delyn</i>	83
<i>magnesium sulfate</i>	75	<i>methylprednisolone</i>	43	<i>multi-delyn/iron</i>	83
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	75	<i>methylprednisolone acetate</i>	43	<i>multilex</i>	83
MAGONATE	78	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	43	<i>multiple vitamins essential</i>	83
<i>malathion</i>	91	<i>metoclopramide hcl</i>	46	<i>multiple vitamins/womens</i>	83
<i>malic acid</i>	30	<i>metolazone</i>	25	<i>multi-vitamins</i>	83
<i>manganese chloride</i>	78	<i>metoprolol succinate er</i>	24	<i>mupirocin</i>	89
<i>mapap</i>	13	<i>metoprolol tartrate</i>	24	MVASI	3
<i>mapap arthritis pain</i>	13	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	23	<i>mycophenolate mofetil</i>	8
<i>marlissa</i>	38	<i>metronidazole</i>	18, 49, 91, 92	<i>mycophenolate sodium</i>	8
MARPLAN	67	<i>metronidazole in nacl</i>	18	MYORISAN	88
MATULANE	6	<i>metyrosine</i>	26	MYRBETRIQ	50
MAVYRET	19	MI-ACID	44	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	52
MAXIMUM D3	83	MIBELAS 24 FE	38	<i>nabumetone</i>	11
<i>m-clear wc</i>	61	<i>micalfungin sodium</i>	17	<i>nadolol</i>	24
<i>meclizine hcl</i>	45	<i>miconazole 3 applicator</i>	49	<i>nafcillin sodium</i>	21
<i>medi-bismuth</i>	45	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	49	NAGLAZYME	41
<i>medi-natural</i>	48	<i>miconazole 7</i>	49, 50	NAIL-EX	83
<i>medi-natural plus</i>	48	<i>miconazole nitrate</i>	50, 87	<i>nalbuphine hcl</i>	12
MEDI-PHEDRYL	57	<i>microderm base</i>	30	<i>naloxone hcl</i>	72
MEDI-PROFEN	11	MICROGESTIN 1.5/30	39	<i>naltrexone hcl</i>	72
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH	13	MICROGESTIN 1/20	39	NAMZARIC	66
<i>medi-tussin dm</i>	61	MICROGESTIN FE 1.5/30	39	NAPHCON-A	53
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	38, 43	MICROGESTIN FE 1/20	39	<i>naproxen</i>	11
<i>mefloquine hcl</i>	19	MICROSOME BASE	30	<i>naproxen sodium</i>	11
<i>mega multivitamin for men</i>	83	<i>midodrine hcl</i>	26	<i>naratriptan hcl</i>	70
<i>mega multivitamin for women</i>	83	<i>miglustat</i>	41	NARCAN	72
<i>megestrol acetate</i>	5, 43	<i>milantex</i>	44	<i>nasal decongestant</i>	61
MEKINIST	3	<i>milantex extra strength</i>	44	<i>nasal decongestant pe</i>	61
MEKTOVI	3	MILI	39	<i>nasal decongestant pe max st</i>	61
MELODETTA 24 FE	38	MIMVEY	42	NASCOBAL	83
<i>meloxicam</i>	11	<i>mineral oil</i>	48	NATACYN	54
<i>memantine hcl</i>	66	<i>mineral oil heavy</i>	48	<i>nateglinide</i>	34
<i>memantine hcl er</i>	66	<i>mineral oil light</i>	48	NATPARA	43
MENACTRA	9	MINITRAN	27	<i>natural bitterness</i>	30
MENQUADFI	9	<i>minocycline hcl</i>	22	<i>natural fiber therapy</i>	48
MENVEO	9	<i>minoxidil</i>	26	NAYZILAM	64
<i>mercaptapurine</i>	6	<i>mintox maximum strength</i>	44	NECON 0.5/35 (28)	39
<i>meropenem</i>	18	MINTOX PLUS	44	<i>nefazodone hcl</i>	67
<i>mesalamine</i>	47	<i>mirtazapine</i>	67	<i>neomycin sulfate</i>	18
<i>mesalamine er</i>	47	<i>misoprostol</i>	46	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	54

<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	54	NOVAFERRUM PEDIATRIC		ORA-BLEND SF.....	30
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	54	DROPS.....	52	ORA-HESIVE BASE.....	30
<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	54, 92	NOVOLIN 70/30.....	35	ORALYTE.....	76
NEPHRONEX.....	83	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	35	ORALYTE FREEZER POPS.....	76
NERLYNX.....	3	NOVOLIN N.....	35	<i>orange concentrate</i>	30
NEUPRO.....	63	NOVOLIN N FLEXPEN.....	35	ORA-PLUS.....	30
<i>nevirapine</i>	15	NOVOLIN R.....	35	ORASEP.....	87
<i>nevirapine er</i>	15	NOVOLIN R FLEXPEN.....	35	ORA-SWEET.....	30
NEW SKIN.....	92	NOVOLOG.....	35	ORA-SWEET SF.....	30
NEXAVAR.....	3	NOVOLOG FLEXPEN.....	35	ORGOVYX.....	5
<i>niacin</i>	83	NOVOLOG MIX 70/30.....	35	ORKAMBI.....	58
<i>niacin er</i>	83	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	36	<i>ornithine hcl</i>	30
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	23	NOVOLOG PENFILL.....	36	ORSYTHIA.....	39
<i>niacin flush free</i>	83	NOXAFIL.....	17	<i>oseltamivir phosphate</i>	19
<i>niacinamide</i>	83	NUBEQA.....	5	OSPHENA.....	42
<i>nicardipine hcl</i>	24	NUEDEXTA.....	70	<i>oxacillin sodium</i>	21
NICE DISTILLED WATER.....	30	NU-IRON.....	52	<i>oxalic acid</i>	30
<i>nicotine</i>	72	NULOJIX.....	8	<i>oxaliplatin</i>	1
<i>nicotine polacrilex</i>	72	NULYTELY LEMON-LIME.....	48	<i>oxandrolone</i>	33
NICOTROL.....	72	NUPLAZID.....	69	<i>oxcarbazepine</i>	65
NICOTROL NS.....	72	NUTR-E-SOL.....	83	<i>oxybutynin chloride</i>	50
<i>nifedipine er</i>	24	NUTRILIPID.....	79	<i>oxybutynin chloride er</i>	50
<i>nifedipine er osmotic release</i>	24	NYAMYC.....	87	<i>oxycodone hcl</i>	12
NIKKI.....	39	NYLIA 7/7/7.....	39	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	12
<i>nilutamide</i>	5	NYMALIZE.....	24	OXYCONTIN.....	12
<i>nimodipine</i>	24	NYMYO.....	39	OYSCO 500.....	78
NINJACOF-XG.....	61	<i>nystatin</i>	17, 87, 88	OYSCO 500+D.....	78
NINLARO.....	3	NYSTOP.....	88	<i>oyster calcium + d</i>	78
<i>nitazoxanide</i>	18	OCELLA.....	39	<i>oyster shell calcium</i>	78
<i>nitisinone</i>	41	OCTAGAM.....	8	<i>oyster shell calcium w/d</i>	78
NITRO-BID.....	27	<i>octreotide acetate</i>	41, 42	<i>oyster shell calcium/d</i>	78
NITRO-DUR.....	27	OCUVITE ADULT 50+.....	83	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	78
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	18	OCUVITE ADULT FORMULA.....	83	<i>oyster shell/vitamin d</i>	78
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	18	OCUVITE EXTRA.....	83	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>nitroglycerin</i>	27	OCUVITE-LUTEIN.....	84	MG/DOSE).....	34
<i>nizatidine</i>	44	ODEFSEY.....	17	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	34
<i>non-aspirin childrens</i>	13	ODOMZO.....	3	PACERONE.....	22
<i>non-aspirin extra strength</i>	13	OFEV.....	58	<i>paclitaxel</i>	6
<i>non-aspirin pain relief</i>	13	<i>ofloxacin</i>	54, 92	<i>pain & fever</i>	13
NORA-BE.....	39	OGIVRI.....	3	<i>pain & fever childrens</i>	13
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	39	<i>olanzapine</i>	69	<i>pain & fever infants</i>	13
<i>norethindrone</i>	39	<i>olmesartan medoxomil</i>	22	<i>pain relief extra strength</i>	13
<i>norethindrone acetate</i>	43	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	25	<i>pain reliever extra strength</i>	13
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	39	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	25	<i>paliperidone er</i>	69
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	42	<i>olopatadine hcl</i>	53	<i>pamidronate disodium</i>	43
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	39	<i>omeprazole</i>	47	PANRETIN.....	92
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	39	OMNIPOD 5 PACK.....	36	<i>pantoprazole sodium</i>	47
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	39	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS....	36	PANZYGA.....	8
NORLYROC.....	39	OMNIPOD STARTER.....	36	PARAPLATIN.....	1
NORPACE CR.....	22	<i>once daily</i>	84	<i>paricalcitol</i>	33
NORTHERA.....	26	<i>once daily/iron</i>	84	PAROEX.....	87
NORTREL 0.5/35 (28).....	39	ONCOVITE.....	84	<i>paromomycin sulfate</i>	18
NORTREL 1/35 (21).....	39	<i>ondansetron</i>	46	<i>paroxetine hcl</i>	67
NORTREL 1/35 (28).....	39	<i>ondansetron hcl</i>	46	PASER.....	16
NORTREL 7/7/7.....	39	<i>one daily</i>	84	PAXIL.....	67
<i>nortriptyline hcl</i>	67	<i>one daily mens</i>	84	PAZEO.....	53
NORVIR.....	15	ONTRUZANT.....	3	PCCA BASE 7542.....	30
NOVAFERRUM.....	52	ONUREG.....	6	PCCA MBK (FATTY ACID) BASE...	30
NOVAFERRUM 50.....	52	OPSUMIT.....	26	<i>pectin</i>	45
		ORA-BLEND.....	30	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	76

PEDIA-LAX.....	48	<i>pilocarpine hcl</i>	53, 87	<i>pregabalin</i>	65
PEDIARIX.....	9	<i>pimozide</i>	69	<i>pregabalin er</i>	70
<i>pediatric electrolyte</i>	76	PIMTREA.....	39	PREMASOL.....	79
PEDVAX HIB.....	9	<i>pindolol</i>	24	<i>prenatal</i>	76, 84
<i>peg 300</i>	30	<i>pioglitazone hcl</i>	34	<i>prenatal low iron</i>	84
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	48	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	22	<i>prenatal plus</i>	76
<i>peg blend</i>	30	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	3	<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	76
<i>peg-3350/electrolytes</i>	48	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	3	<i>prenatal vitamins</i>	84
PEGANONE.....	65	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	3	PRESERVISION AREDS.....	84
PEGASYS.....	19	PIRMELLA 1/35.....	39	PRESERVISION AREDS 2.....	84
PEMAZYRE.....	3	<i>piroxicam</i>	11	PRESERVISION/LUTEIN.....	84
<i>penicillamine</i>	33	PLASMA-LYTE 148.....	75	PREVALITE.....	23
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	21	PLASMA-LYTE A.....	75	PREVIFEM.....	39
<i>penicillin g potassium</i>	21	PLENAMINE.....	79	PREZCOBIX.....	17
<i>penicillin g procaine</i>	21	PLENVU.....	48	PREZISTA.....	15
<i>penicillin g sodium</i>	22	PLO20 FLOWABLE.....	30	PRIFTIN.....	16
<i>penicillin v potassium</i>	22	<i>pna-hrt base</i>	30	<i>primaquine phosphate</i>	19
PENTACEL.....	9	<i>pnv folic acid + iron</i>	76	<i>primidone</i>	65
<i>pentamidine isethionate</i>	18	<i>podactin</i>	88	PRIVIGEN.....	8
<i>pentoxifylline er</i>	51	<i>podofilox</i>	92	<i>probenecid</i>	14
PENTRAVAN.....	92	POLOX.....	30	PROCALAMINE.....	79
PENTRAVAN PLUS.....	92	<i>poloxamer 407</i>	31	<i>prochlorperazine</i>	46
<i>peptic relief</i>	45	<i>poly vitamin</i>	84	<i>prochlorperazine edisylate</i>	46
<i>perindopril erbumine</i>	27	<i>polyethylene glycol 1000</i>	31	<i>prochlorperazine maleate</i>	46
PERIOGARD.....	87	<i>polyethylene glycol 1450</i>	31	PROCRIT.....	51
PERIOMED.....	87	<i>polyethylene glycol 3350</i>	31	PROCTO-MED HC.....	92
<i>permethrin</i>	91	<i>polyethylene glycol 400</i>	31	PROCTO-PAK.....	92
<i>perphenazine</i>	69	<i>polyethylene glycol 8000</i>	31	PROCTOSOL HC.....	92
PERSERIS.....	69	POLY-IRON 150.....	52	PROCTOZONE-HC.....	92
<i>peruvian balsam</i>	30	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	54	PROFE.....	52
PFCB.....	30	<i>polyoxyl 40 stearate</i>	31	PROGRAF.....	8
PFIZERPEN.....	22	<i>polysorbate 20</i>	31	PROLASTIN-C.....	58
<i>pharbechlor</i>	57	<i>poly-tussin ac</i>	61	PROLENSA.....	55
<i>pharbedryl</i>	57	<i>polyvitamin/iron</i>	84	PROLIA.....	43
PHARBETOL.....	14	POMALYST.....	6	PROMACTA.....	51
PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	14	PORTIA-28.....	39	<i>promethazine hcl</i>	46
PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	30	<i>posaconazole</i>	17	<i>promethazine-codeine</i>	61
PHARMABASE COSMETIC.....	30	<i>potassium bromide</i>	31	<i>promethazine-dm</i>	61
PHARMABASE COSMETIC		<i>potassium chloride</i>	75, 76	<i>propafenone hcl</i>	22
NATURAL.....	30	<i>potassium chloride crys er</i>	76	<i>propafenone hcl er</i>	23
PHARMABASE LIGHT.....	30	<i>potassium chloride er</i>	76	<i>proparacaine hcl</i>	55
PHARMABASE VAGINAL.....	30	<i>potassium chloride in dextrose</i>	75	<i>propranolol hcl</i>	24
<i>phendimetrazine tartrate</i>	72	<i>potassium chloride in nacl</i>	75	<i>propranolol hcl er</i>	24
<i>phendimetrazine tartrate er</i>	72	<i>potassium citrate</i>	50	<i>propylene glycol</i>	31
<i>phenelzine sulfate</i>	67	<i>potassium citrate er</i>	50	<i>propylparaben</i>	31
<i>phenobarbital</i>	65	<i>potassium hydroxide</i>	31	<i>propylthiouracil</i>	33
<i>phenobarbital sodium</i>	65	<i>potassium nitrate</i>	31	PROQUAD.....	9
<i>phentermine hcl</i>	72	<i>potassium sorbate</i>	31	PROSIGHT.....	84
PHENYTEK.....	65	PRALUENT.....	23	PROSOL.....	79
<i>phenytoin</i>	65	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	63	<i>protriptyline hcl</i>	67
<i>phenytoin sodium</i>	65	<i>prasugrel hcl</i>	53	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	61
<i>phenytoin sodium extended</i>	65	<i>pravastatin sodium</i>	23	<i>pseudoephedrine hcl</i>	61
PHESGO.....	3	<i>praziquantel</i>	18	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	61
PHILITH.....	39	<i>prazosin hcl</i>	23	PULMICORT FLEXHALER.....	59
<i>phosphatidylserine</i>	30	<i>prednisolone</i>	43	PULMOZYME.....	58
<i>phosphorus supplement</i>	78	<i>prednisolone acetate</i>	55	PURIXAN.....	6
PHYTOBASE.....	30	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	43, 55	<i>px calamine</i>	92
<i>phytonadione</i>	84	<i>prednisone</i>	43	<i>pyrazinamide</i>	16
PICATO.....	92	PREDNISONONE INTENSOL.....	43	<i>pyridostigmine bromide</i>	70
PIFELTRO.....	15	<i>preferred plus insulin syringe</i>	36	<i>pyridoxine hcl</i>	84

<i>pyruvic acid</i>	31	RECLIPSEN.....	39	SANTYL.....	88
<i>qc all day allergy</i>	57	RECOMBIVAX HB.....	9	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	42
<i>qc antacid</i>	44	RECTIV.....	92	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	61
<i>qc antacid/anti-gas</i>	44	<i>red yeast rice extract</i>	31	<i>sb antacid anti-gas</i>	45
<i>qc anti-diarrheal</i>	45	<i>reeses pinworm medicine</i>	18	<i>sb anti-fungal</i>	88
<i>qc arthritis pain relief</i>	14	REFENESEN CHEST CONG/PAIN		<i>sb arthritis pain relief</i>	14
<i>qc aspirin</i>	14	RLF.....	61	<i>sb cough control dm max</i>	61
<i>qc bacitracin</i>	89	REGRANEX.....	88	<i>sb docusate sodium</i>	49
<i>qc boric acid</i>	31	REGULOID.....	49	<i>sb docusate sodium/senna</i>	49
<i>qc calamine</i>	92	RELENZA DISKHALER.....	19	<i>sb fib lax orange</i>	49
<i>qc chlor-pheniramine</i>	57	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	36	<i>sb infants ibuprofen</i>	11
<i>qc cod liver oil</i>	84	RELISTOR.....	46	<i>sb laxative</i>	49
<i>qc diarrhea relief</i>	45	REMICADE.....	7	<i>sb lice killing max st</i>	91
<i>qc docusate calcium</i>	48	<i>rena-vite</i>	84	<i>sb lice treatment</i>	91
<i>qc epsom salt</i>	48	RENFLEXIS.....	7	<i>sb loratadine allergy relief</i>	57
<i>qc gentle laxative</i>	48	<i>repaglinide</i>	34	<i>sb non-aspirin extra strength</i>	14
<i>qc loratadine allergy relief</i>	57	RESTASIS.....	55	<i>sb oyster shell calcium</i>	78
<i>qc loratadine-d</i>	61	RESTASIS MULTIDOSE.....	55	<i>sb pain reliever childrens</i>	14
<i>qc miconazole 7</i>	50	RETEVMO.....	3	<i>sb pain reliever ex st</i>	14
<i>qc natural vegetable</i>	48	REVLIMID.....	6	<i>sb triple antibiotic</i>	89
<i>qc natural vegetable laxative</i>	48	REXULTI.....	69	<i>sb vitamin c</i>	84
<i>qc non-aspirin childrens</i>	14	REYATAZ.....	15	<i>scopolamine</i>	46
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	14	RHOPRESSA.....	53	SECUADO.....	69
<i>qc pink bismuth</i>	45	RIABNI.....	3	<i>selegiline hcl</i>	63
<i>qc senna</i>	48	<i>ribavirin</i>	19	<i>selenium sulfide</i>	89
<i>qc senna-s</i>	48	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	91	SELZENTRY.....	15
<i>qc suphedrine maximum strength</i>	61	<i>rifabutin</i>	16	<i>senna</i>	49
<i>qc therin-m</i>	84	<i>rifampin</i>	16	<i>senna-s</i>	49
<i>qc tolnaftate</i>	88	<i>riluzole</i>	70	<i>senna-tabs</i>	49
<i>qc tussin cf</i>	61	<i>rimantadine hcl</i>	19	<i>senna-time</i>	49
<i>q-derm</i>	31	RINVOQ.....	7	<i>senna-time s</i>	49
QINLOCK.....	3	<i>risacal-d</i>	78	SENNO.....	49
Q-SORB.....	74	<i>risedronate sodium</i>	43	<i>sennosides-docusate sodium</i>	49
Q-SORB CO Q-10.....	74	RISPERDAL CONSTA.....	69	<i>senry</i>	84
QSYMIA.....	72	<i>risperidone</i>	69	<i>senry senior</i>	84
QUADRACEL.....	9	<i>ritonavir</i>	15	SEREVENT DISKUS.....	55
<i>quetiapine fumarate</i>	69	RITUXAN.....	3	<i>sertraline hcl</i>	67
<i>quetiapine fumarate er</i>	69	RITUXAN HYCELA.....	3	SETLAKIN.....	39
<i>quinapril hcl</i>	27	<i>rivastigmine</i>	66	<i>sevelamer carbonate</i>	32
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	25	<i>rivastigmine tartrate</i>	66	SHAROBEL.....	39
<i>quinidine sulfate</i>	23	RIVELSA.....	39	<i>shea butter</i>	31
<i>quinine sulfate</i>	19	<i>rizatriptan benzoate</i>	70	SHINGRIX.....	10
<i>ra boric acid</i>	31	<i>ropinirole hcl</i>	63	SIGNIFOR.....	42
<i>ra calamine</i>	92	ROSDAN.....	92	<i>silace</i>	49
<i>ra coenzyme q-10</i>	75	<i>rosuvastatin calcium</i>	23	<i>siladryl allergy</i>	57
<i>ra cough dm</i>	61	ROTARIX.....	9	<i>sildenafil citrate</i>	26
<i>ra epsom salt</i>	48	ROTATEQ.....	9	<i>siltussin das</i>	61
<i>ra epsom salt lavender</i>	49	ROWEEPRA.....	65	<i>siltussin dm das</i>	62
<i>ra eye allergy relief</i>	53	ROZLYTREK.....	3	<i>siltussin sa</i>	62
<i>ra glycerin child</i>	49	RUBRACA.....	3	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	62
<i>ra lice maximum strength</i>	91	<i>rufinamide</i>	65	<i>silver sulfadiazine</i>	89
RABAVERT.....	9	RUKOBIA.....	15	SIMBRINZA.....	53
<i>rabeprazole sodium</i>	47	RUXIENCE.....	3	SIMLIYA.....	39
<i>raloxifene hcl</i>	42	RYBELSUS.....	34	SIMPESSE.....	39
<i>ramipril</i>	27	RYDAPT.....	3	<i>simple syrup</i>	31
<i>ranolazine er</i>	26	<i>rynex pse</i>	61	<i>simvastatin</i>	23
<i>rasagiline mesylate</i>	63	<i>saccharin</i>	75	<i>sirolimus</i>	8
<i>raspberry flavor</i>	31	<i>safflower oil</i>	31	SIRTURO.....	16
RAYALDEE.....	33	SALTSTABLE LO.....	31	SIVEXTRO.....	18
<i>rdt base</i>	31	SANDIMMUNE.....	8	SKYRIZI.....	7

SKYRIZI (150 MG DOSE).....	7	<i>sm miconazole 7</i>	50	<i>sotalol hcl</i>	23
SKYRIZI PEN.....	7	<i>sm multiple vitamins essential</i>	84	<i>sotalol hcl (af)</i>	23
<i>sm 3-day vaginal</i>	50	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	84	<i>soybean oil</i>	32
<i>sm 8 hour pain relief</i>	14	<i>sm nasal decongestant max st</i>	62	<i>spironolactone</i>	22
<i>sm all day allergy</i>	57	<i>sm nasal decongestant pe</i>	62	<i>spironolactone-hctz</i>	25
<i>sm all day allergy childrens</i>	57	<i>sm nicotine</i>	72, 73	SPRINTEC 28.....	39
<i>sm all day allergy-d</i>	62	<i>sm nicotine polacrilex</i>	73	SPRITAM.....	65
<i>sm allergy 4 hour</i>	57	<i>sm opti-vitamins</i>	84	SPRYCEL.....	3
<i>sm allergy relief</i>	57	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	78	SPS.....	33
<i>sm animal shapes kids first</i>	84	<i>sm pain & fever childrens</i>	14	SRONYX.....	39
<i>sm antacid advanced max st</i>	45	<i>sm pain & fever infants</i>	14	SSD.....	89
<i>sm antacid anti-gas</i>	45	<i>sm pain relief extra strength</i>	14	<i>stavudine</i>	15
<i>sm antacid/antigas</i>	45	<i>sm pain reliever</i>	14	STELARA.....	7
<i>sm antibiotic</i>	89	<i>sm pain reliever ex st</i>	14	<i>sterile water for irrigation</i>	88
<i>sm anti-diarrheal</i>	45	<i>sm pediatric electrolyte</i>	76	<i>stevia extract</i>	32
<i>sm antifungal clotrimazole</i>	88	<i>sm prenatal vitamins</i>	84	STIMATE.....	42
<i>sm antifungal miconazole</i>	88	<i>sm slow release iron</i>	53	STIVARGA.....	3
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	88	<i>sm stomach relief</i>	45	<i>stomach relief</i>	45
<i>sm arthritis pain relief</i>	14	<i>sm stool softener</i>	49	<i>stool softener</i>	49
<i>sm aspirin</i>	14	<i>sm super b complex/c</i>	84	<i>stool softener laxative</i>	49
<i>sm aspirin ec</i>	14	<i>sm triple antibiotic</i>	89	<i>strawberry flavor</i>	32
<i>sm aspirin tri-buffered</i>	14	<i>sm triple antibiotic max st</i>	89	<i>streptomycin sulfate</i>	18
<i>sm athletes foot</i>	88	<i>sm tussin cf</i>	62	<i>stress formula</i>	85
<i>sm balanced b-100</i>	84	<i>sm tussin cough/chest congest</i>	62	<i>stress formula/iron</i>	85
<i>sm balanced b-50</i>	84	<i>sm tussin dm</i>	62	<i>stress formula/zinc (b-compl)</i>	85
<i>sm boric acid</i>	31	<i>sm vit c/rose hips</i>	85	STRIBILD.....	17
<i>sm calamine</i>	92	<i>sm vitamin b-12</i>	85	STUART ONE.....	85
<i>sm calamine phenolated</i>	92	<i>sm vitamin b-6</i>	85	SUBVENITE.....	65
<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	78	<i>sm vitamin c</i>	85	<i>sucralfate</i>	46
<i>sm calcium citrate w/vit d3</i>	78	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	85	SUDOGEST.....	62
<i>sm calcium soft chews</i>	78	<i>sm vitamin d3</i>	85	SUDOGEST PE.....	62
<i>sm calcium-magnesium-zinc</i>	78	<i>sm vitamin e</i>	85	<i>sulfacetamide sodium</i>	54
<i>sm chewable c</i>	84	<i>sm zinc gluconate</i>	78	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	88
<i>sm childrens ibuprofen</i>	11	<i>sodium acetate</i>	78	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	54
<i>sm childrens loratadine</i>	57	<i>sodium benzoate</i>	31	<i>sulfadiazine</i>	18
<i>sm clotrimazole vaginal</i>	50	<i>sodium bicarbonate</i>	31, 45	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	18
<i>sm cod liver oil</i>	84	<i>sodium bromide</i>	31	SULFAMYLON.....	89
<i>sm coenzyme q-10</i>	75	<i>sodium chloride</i>	75, 88	<i>sulfasalazine</i>	47
<i>sm cold & allergy childrens</i>	62	<i>sodium fluoride</i>	76	<i>sulindac</i>	11
<i>sm complete</i>	84	<i>sodium hydroxide</i>	31	<i>sumatriptan</i>	70
<i>sm complete advanced formula</i>	84	<i>sodium metabisulfite</i>	31	<i>sumatriptan succinate</i>	70
<i>sm complete senior formula</i>	84	<i>sodium perborate</i>	31	<i>sumatriptan succinate refill</i>	70
<i>sm coq-10</i>	75	<i>sodium phenylbutyrate</i>	42	<i>sunitinib malate</i>	3
SM CORAL CALCIUM.....	78	<i>sodium phosphate dibasic</i>	31	SUPER NU-THERA.....	85
<i>sm fexofenadine hcl</i>	58	<i>sodium phosphate monobasic</i>	31	<i>super vikaps</i>	85
<i>sm fiber</i>	49	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	33	<i>superplex-t</i>	85
<i>sm folic acid</i>	84	<i>sodium propionate</i>	31	<i>suphedrine 12hour</i>	62
<i>sm ibuprofen ib</i>	11	<i>sodium saccharin</i>	75	SUPPOSIBLEND.....	32
<i>sm ibuprofen jr</i>	11	<i>sodium sulfite</i>	31	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	49
<i>sm infants ibuprofen</i>	11	<i>solifenacin succinate</i>	50	SUSPENDIT.....	32
<i>sm iron</i>	52	SOLIQUA.....	36	SUTENT.....	3
<i>sm iron slow release</i>	52	SOLTAMOX.....	5	SYEDA.....	39
<i>sm laxative</i>	49	SOLU-CORTEF.....	43	SYMBICORT.....	58
<i>sm lice killing</i>	91	SOMATULINE DEPOT.....	42	SYMDEKO.....	59
<i>sm lice killing max strength</i>	91	SOMAVERT.....	42	SYMJEPI.....	59
<i>sm loratadine</i>	58	SOOTHE & COOL INZO.....		SYMPAZAN.....	65
<i>sm lorata-dine d</i>	62	ANTIFUNGAL.....	88	SYMTUZA.....	17
<i>sm magnesium</i>	78	<i>sorbic acid</i>	31	SYNAREL.....	42
<i>sm miconazole 3</i>	50	<i>sorbitol</i>	32	SYNERCID.....	18
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	50	SORINE.....	23	SYNJARDY.....	34, 35

SYNJARDY XR.....	35	THEREMS-H.....	85	TRI-LEGEST FE.....	40
SYNRIBO.....	6	THEREMS-M.....	85	TRI-LINYAH.....	40
SYNTHROID.....	33	<i>thiamine hcl</i>	85	TRI-LO-ESTARYLLA.....	40
SYRSPEND SF ALKA.....	32	<i>thioridazine hcl</i>	69	TRI-LO-MARZIA.....	40
TAB-A-VITE.....	85	<i>thiothixene</i>	69	TRI-LO-MILI.....	40
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	85	<i>threonine</i>	75	TRI-LO-SPRINTEC.....	40
<i>tab-a-vite/iron</i>	85	THRIVE.....	73	<i>trimethoprim</i>	18
TABLOID.....	6	TIADYLT ER.....	24	TRI-MILI.....	40
TABRECTA.....	3	<i>tiagabine hcl</i>	65	<i>trimipramine maleate</i>	67
<i>tacrolimus</i>	9, 92	TIBSOVO.....	4	TRINTELLIX.....	67
<i>tactical</i>	14	<i>tigecycline</i>	22	TRI-NYMYO.....	40
<i>tactical extra strength</i>	14	TILIA FE.....	40	<i>triple antibiotic</i>	89
TAFINLAR.....	3	<i>timolol maleate</i>	24, 54	<i>triple antibiotic plus</i>	89
TAGRISSO.....	3	TIVICAY.....	15	TRI-PREVIFEM.....	40
<i>talc</i>	32	TIVICAY PD.....	16	TRI-SPRINTEC.....	40
TALTZ.....	7	<i>tizanidine hcl</i>	63	TRIUMEQ.....	17
TALZENNA.....	3	TOBRADEX.....	54	TRIVORA (28).....	40
<i>tamoxifen citrate</i>	5	TOBRADEX ST.....	54	TRI-VYLIBRA.....	40
<i>tamsulosin hcl</i>	50	<i>tobramycin</i>	18, 54	TRI-VYLIBRA LO.....	40
<i>tangerine flavor</i>	32	<i>tobramycin sulfate</i>	18	TROCHIBASE.....	32
<i>tannic acid</i>	92	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	54	<i>trochibase s</i>	32
TARGRETIN.....	92	<i>tolnaftate</i>	88	TROCHIBASE S CLASSIC.....	32
TARINA 24 FE.....	40	<i>tolterodine tartrate</i>	50	TROGARZO.....	16
TARINA FE 1/20 EQ.....	40	<i>tolterodine tartrate er</i>	50	TROPHAMINE.....	79
<i>tartaric acid</i>	32	<i>topiramate</i>	65	<i>trospium chloride</i>	50
TASIGNA.....	3	TOPOSAR.....	6	TRULANCE.....	46
<i>tazarotene</i>	89	<i>toremifene citrate</i>	5	TRULICITY.....	35
TAZICEF.....	20	<i>torseamide</i>	25	TRUMENBA.....	10
TAZORAC.....	89	<i>total b/c</i>	85	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	4
TAZTIA XT.....	24	TOVIAZ.....	50	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	4
TAZVERIK.....	3	TPN ELECTROLYTES.....	75	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	4
TDVAX.....	10	TRADJENTA.....	35	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	4
TECENTRIQ.....	4	<i>tramadol hcl</i>	12	TRUXIMA.....	4
TEFLARO.....	20	<i>tramadol-acetaminophen</i>	12	<i>trymine cg</i>	62
<i>telmisartan</i>	22	<i>trandolapril</i>	27	TUKYSA.....	4
<i>telmisartan-amlodipine</i>	25	<i>tranexamic acid</i>	51	TULANA.....	40
<i>telmisartan-hctz</i>	25	<i>tranylcypromine sulfate</i>	67	TURALIO.....	4
<i>temazepam</i>	71	TRAVASOL.....	79	<i>turpentine</i>	32
TEMIXYS.....	17	TRAZIMERA.....	4	TUSNEL C.....	62
TENIVAC.....	10	<i>trazodone hcl</i>	67	<i>tusnel diabetic</i>	62
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	15	TRECTOR.....	16	<i>tussin cf</i>	62
TEPMETKO.....	4	TRELEGY ELLIPTA.....	58	<i>tussin cf cough & cold</i>	62
<i>terazosin hcl</i>	23	TRELSTAR MIXJECT.....	5	<i>tussin dm</i>	62
<i>terbinafine hcl</i>	17, 88	<i>treprostinil</i>	26	<i>tussin dm max</i>	62
<i>terbutaline sulfate</i>	55	TRESIBA.....	36	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	62
<i>terconazole</i>	50	TRESIBA FLEXTOUCH.....	36	<i>tutti frutti concentrate</i>	32
<i>testosterone</i>	33	<i>tretinoin</i>	6, 88	TWINRIX.....	10
<i>testosterone cypionate</i>	33	<i>triamcinolone acetonide</i>	87, 90	TYBOST.....	16
<i>testosterone enanthate</i>	33	<i>triamterene-hctz</i>	25	TYDEMY.....	40
<i>tetrabenazine</i>	70	<i>tri-biozene</i>	89	TYMLOS.....	43
<i>tetracycline hcl</i>	22	<i>tri-buffered aspirin</i>	14	TYPHIM VI.....	10
<i>tgt eye allergy relief</i>	53	TRICARE.....	76	U-BASE.....	32
THALOMID.....	6	TRIDERM.....	90	UBRELVY.....	70
THEO-24.....	59	<i>trientine hcl</i>	33	UKONIQ.....	4
<i>theophylline</i>	59	TRI-ESTARYLLA.....	40	<i>unibase</i>	32
<i>theophylline er</i>	59	<i>trifluoperazine hcl</i>	69	<i>unicomplex-m</i>	85
THERA.....	85	<i>trifluridine</i>	54	UNITHROID.....	33
THERA M PLUS.....	85	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	63		
<i>thera-m</i>	85	TRIJARDY XR.....	35		
THEREMS.....	85	TRIKAFTA.....	59		

URO-MAG.....	45	<i>vitamin b-6</i>	86	XYREM.....	71
<i>ursodiol</i>	46	<i>vitamin c</i>	86	YF-VAX.....	10
<i>valacyclovir hcl</i>	19	<i>vitamin c er</i>	86	<i>yl coenzyme q10</i>	75
VALCHLOR.....	92	<i>vitamin d</i>	86	YUVAFEM.....	42
<i>valganciclovir hcl</i>	19	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	86	ZAFEMY.....	40
<i>valproate sodium</i>	65	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	86	<i>zafirlukast</i>	59
<i>valproic acid</i>	65	<i>vitamin d3</i>	86	<i>zaleplon</i>	71
<i>valsartan</i>	22	<i>vitamin e</i>	86	ZARAH.....	40
<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	25	<i>vitamin e succinate</i>	32	ZARXIO.....	51
VALTOCO 10 MG DOSE.....	65	<i>vitamin k1</i>	32, 86	ZEJULA.....	4
VALTOCO 15 MG DOSE.....	65	<i>vitamins/minerals</i>	86	ZELBORAF.....	4
VALTOCO 20 MG DOSE.....	65	VITRAKVI.....	4	ZEMAIRA.....	59
VALTOCO 5 MG DOSE.....	65	VIVITROL.....	73	ZENATANE.....	88
VANADOM.....	63	VIZIMPRO.....	4	ZENPEP.....	47
<i>vancomycin hcl</i>	19	<i>v-max</i>	32	ZERVIATE.....	53
<i>vancomycin hcl in nacl</i>	19	<i>voriconazole</i>	17	<i>zidovudine</i>	16
VANDAZOLE.....	50	VOSEVI.....	19	<i>zinc</i>	78
VANIBASE.....	32	VOTRIENT.....	4	<i>zinc chloride</i>	79
VAQTA.....	10	VRAYLAR.....	69	<i>zinc gluconate</i>	78
VARIVAX.....	10	VYFEMLA.....	40	<i>zinc sulfate</i>	78
VASCEPA.....	23	VYLIBRA.....	40	<i>ziprasidone hcl</i>	69
<i>veegum</i>	32	VYZULTA.....	54	<i>ziprasidone mesylate</i>	69
VELCADE.....	4	<i>warfarin sodium</i>	51	ZIRABEV.....	4
VELIVET.....	40	<i>wee care</i>	53	ZIRGAN.....	54
VELTASSA.....	33	WERA.....	40	<i>zoledronic acid</i>	43
VEMLIDY.....	19	<i>white petrolatum</i>	32	ZOLINZA.....	4
VENCLEXTA.....	4	WITEPSOL.....	32	<i>zolmitriptan</i>	71
VENCLEXTA STARTING PACK.....	4	<i>womans laxative</i>	49	<i>zolpidem tartrate</i>	71
<i>venlafaxine hcl</i>	67	<i>womens one daily</i>	86	<i>zonisamide</i>	66
<i>venlafaxine hcl er</i>	67	WYMZYA FE.....	40	<i>zoo friends</i>	86
VENOFER.....	53	XALKORI.....	4	<i>zoo friends complete</i>	86
VENTAVIS.....	26	<i>xanthan gum</i>	32	<i>zoo friends gummies</i>	86
VENTOLIN HFA.....	55	XARELTO.....	51	<i>zoo friends plus extra c</i>	86
<i>verapamil hcl</i>	24	XARELTO STARTER PACK.....	51	ZORTRESS.....	9
<i>verapamil hcl er</i>	24	XATMEP.....	9	ZOSTAVAX.....	10
VERSACLOZ.....	69	XCOPRI.....	65, 66	ZOSTRIX HP.....	92
<i>versatile cream base</i>	32	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....	65	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF.....	92
VERSIGEL.....	32	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....	65	ZOVIA 1/35E (28).....	40
VERZENIO.....	4	XELJANZ.....	7	ZUMANDIMINE.....	40
VESTURA.....	40	XELJANZ XR.....	7	ZYDELIG.....	4
V-GO 20.....	36	XGEVA.....	43	ZYKADIA.....	4
V-GO 30.....	36	XIFAXAN.....	46	ZYLET.....	54
V-GO 40.....	36	XIGDUO XR.....	35	ZYPREXA RELPREVV.....	70
VICTOZA.....	35	XIIDRA.....	55	ZYTIGA.....	5
VIENVA.....	40	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	20		
<i>vigabatrin</i>	65	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	20		
VIGADRONE.....	65	XOLAIR.....	59		
VIIBRYD.....	67	XOSPATA.....	4		
VIIBRYD STARTER PACK.....	67	XPOVIO (100 MG ONCE			
VIMPAT.....	65	WEEKLY).....	4		
<i>vincristine sulfate</i>	6	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)....	4		
<i>vinorelbine tartrate</i>	6	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)..	4		
<i>viorele</i>	40	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)....	4		
VIRACEPT.....	16	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)..	4		
VIREAD.....	16	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)....	4		
<i>vita-bee/c</i>	85	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)..	4		
<i>vitamin a</i>	85	XTANDI.....	5		
<i>vitamin b-1</i>	85	XULANE.....	40		
<i>vitamin b-12</i>	86	XULTOPHY.....	36		
<i>vitamin b-12 er</i>	85	<i>xylitol</i>	32		