



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

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY). Não fizemos alterações neste formulário desde 5/10/21.

# Neighborhood INTEGRITY| 2022 *Lista de Medicamentos Cobertos* (Formulário)

## Introdução

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

## Índice

A. Isenção de Responsabilidade .....	4
B. Perguntas Frequentes (FAQ).....	5
B1. Que medicamentos prescritos estão na <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> ? (À <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> damos o nome de “Lista de Medicamentos” para abreviar.).....	5
B2. Em algum momento, a Lista de Medicamentos é alterada? .....	5
B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos? .....	6
B4. Existem restrições ou limites na cobertura de medicamentos ou ações necessárias para obter determinados medicamentos? .....	8
B5. Como saberei se o medicamento que desejo tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?.....	8
B6. O que acontece se alterarmos as nossas regras sobre alguns medicamentos (por exemplo, autorização prévia (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições à terapia por etapas)?.....	8
B7. Como posso encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos? .....	9
B8. E se o medicamento que eu desejo tomar não estiver na Lista de Medicamentos? .....	9
B9. E se eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver algum problema para obtê-lo? .....	9
B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?.....	10

---

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



B11. Como é que posso pedir uma exceção? .....	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção? .....	11
B13. O que são medicamentos genéricos? .....	11
B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?.....	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos? .....	12
B16. Qual é o meu copagamento?.....	12
B17. O que são níveis de medicamentos? .....	12
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> .....	12
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica .....	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos .....	107



---

## A. Isenção de Responsabilidade

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

- ❖ A qualquer momento, você pode verificar a *Lista de Medicamentos Cobertos* atualizada do Neighborhood INTEGRITY através da página [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY).
- ❖ O Plano de Saúde do Neighborhood de Rhode Island é um plano de saúde que tem acordo com o Medicare e com o Medicaid de Rhode Island para fornecer benefícios de ambos aos programas aos inscritos.
- ❖ ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-844-812-6896 (TTY 711), 8 am to 8 pm, Monday - Friday; 8 am to 12 pm on Saturday. On Saturday afternoons, Sundays and holidays, you may be asked to leave a message. The call is free.
- ❖ ATENCIÓN: Si usted habla Español, servicios de asistencia con el idioma, de forma gratuita, están disponibles para usted. Llame a Servicios a los Miembros al 1-844-812-6896 (TTY 711), de 8 am a 8 pm, de lunes a viernes, de 8 am a 12 pm los Sábados. En las tardes de los Sábados, domingos y feriados, se le pedirá que deje un mensaje. Su llamada será devuelta dentro del siguiente día hábil. La llamada es gratuita.
- ❖ ATENÇÃO: Se fala Português, estão disponíveis serviços de assistência linguística gratuitamente. Ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 TTY (711), das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser convidado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no próximo dia útil. A chamada é gratuita.
- ❖ សូមយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃចន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅក្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ Pode obter este documento gratuitamente noutros formatos, como letras grandes, braille ou áudio. Por favor, ligue para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Os utilizadores TTY devem ligar 711. A chamada é gratuita.
- ❖ Pode pedir para ter este documento e os materiais futuros no seu idioma preferido e/ou formato alternativo ao ligar para os Serviços dos Membros. Isto é chamado de “pedido permanente”. Os Serviços dos Membros documentarão o seu pedido

---

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



permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro no seu idioma e/ou formato preferido. Pode alterar ou excluir o seu pedido permanente a qualquer momento ao ligar para os Serviços dos Membros.

---

## B. Perguntas Frequentes (FAQ)

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

---

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

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

- O Neighborhood INTEGRITY irá cobrir todos os medicamentos necessários na Lista de Medicamentos se:
  - o seu médico ou outro provedor prescrever que você precisa desses medicamentos para melhorar ou permanecer saudável, e
  - você faz o reabastecimento da receita (aviar a receita) numa farmácia da rede Neighborhood INTEGRITY.
- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para aceder a certos medicamentos (consulte a questão B4, mais abaixo).

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

---

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

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

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

- Decidir exigir ou não a aprovação prévia de um medicamento. (A aprovação prévia é uma permissão do Neighborhood INTEGRITY antes que possa obter um medicamento.)

---

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



- Adicionar ou alterar a quantidade de medicamento que você pode obter (chamados de limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas num medicamento. (Terapia por etapas significa que você deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).

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

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

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

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

- A qualquer momento, pode verificar a Lista de Medicamentos atualizada do Neighborhood INTEGRITY através da página [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY).
- Também pode ligar para os Serviços dos Membros para verificar a Lista de Medicamentos atualizada através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

---

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

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

- **Um novo medicamento genérico torna-se disponível.** Às vezes, chega ao mercado, um novo medicamento genérico que funciona tão bem quanto um medicamento de marca da Lista de Medicamentos, agora. Quando isso acontecer, podemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionarmos o novo medicamento genérico, também podemos decidir manter o medicamento de marca na lista, mas alterar as suas regras ou limites de cobertura.
  - Podemos não dizer-lhe antes de fazer essa alteração, mas quando ela ocorrer, enviaremos informações sobre a alteração específica que fizemos.
  - Você ou o seu provedor pode solicitar uma exceção a essas alterações. Enviaremos um aviso com as etapas que você pode executar para solicitar

---

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



uma exceção. Por favor, consulte a pergunta B10 para obter mais informações sobre exceções.

- **Um medicamento é retirado do mercado.** Se a Agência federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) afirmar que um medicamento que você está a tomar não é seguro ou que o fabricante do medicamento retira um medicamento do mercado, iremos retirá-lo da Lista de Medicamentos. Se estiver a tomar o medicamento, iremos informá-lo. Enviaremos uma carta e a carta irá fornecer conselhos sobre como fazer o acompanhamento com o seu provedor e farmacêutico.

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

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

Quando estas alterações acontecerem, iremos:

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

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

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

---

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



---

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

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

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

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas **15-106**. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY). Publicamos documentos online que explicam a nossa autorização prévia e terapia por etapas. Também pode solicitar-nos o envio de uma cópia.

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

---

#### **B5. Como saberei se o medicamento que desejo tem limitações ou se existem ações necessárias para obtê-lo?**

A tabela de medicamentos na página **15** tem uma coluna intitulada “Ações necessárias, restrições ou limites de uso.”

---

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

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

---

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





---

## **B7. Como posso encontrar um medicamento na Lista de Medicamentos?**

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

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

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a seção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página **107**.

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

---

## **B8. E se o medicamento que eu desejo tomar não estiver na Lista de Medicamentos?**

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

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

---

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

Nós podemos ajudar. Podemos cobrir um fornecimento temporário de 30 dias do seu medicamento Parte D ou um fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto com o Rhode Island Medicaid durante os primeiros 90 dias em que você é um membro do Neighborhood INTEGRITY. Isto irá dar-lhe tempo para conversar com o seu médico ou outro prescritor. Ele

---

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



pode ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na Lista de Medicamentos que você possa tomar em vez do atual ou se deve solicitar uma exceção.

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

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

- está a tomar um medicamento que não consta da nossa Lista de Medicamentos, **ou**
- as regras do plano de saúde não permitem obter o montante solicitado pelo seu médico, **ou**
- o medicamento requer aprovação prévia do Neighborhood INTEGRITY, **ou**
- está a tomar um medicamento que faz parte de uma restrição da terapia por etapas.

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

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

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

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

---

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

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

---

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



Também pode pedir-nos para alterar as regras do seu medicamento.

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

---

### **B11. Como é que posso pedir uma exceção?**

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

---

### **B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?**

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

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

---

### **B13. O que são medicamentos genéricos?**

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

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

---

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

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

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

---

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



---

### **B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?**

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

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

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

---

### **B16. Qual é o meu copagamento?**

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

---

### **B17. O que são níveis de medicamentos?**

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

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

Todos os níveis não têm copagamento.

---

## **C. Visão geral da *Lista de Medicamentos Cobertos***

A *Lista de Medicamentos Cobertos* fornece informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver problemas para encontrar o seu medicamento na lista, vá até ao Índice de Medicamentos Cobertos, que começa na página **107**. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

---

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



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

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

---

## **C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica**

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

---

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



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

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

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

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

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

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

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

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS OU LIMITES DE USO</b>	<b>RESTRIÇÕES</b>
<b>AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS</b>			
<b>Agentes Alquilantes</b>			
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		
<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	
<b>Agentes Alvo Moleculares</b>			
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; QL (60 per 30 days); 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	

**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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IDHIFA	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET	\$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; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI (400 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI (600 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; QL (63 per 28 days); NDS
<i>lapatinib ditosylate</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	\$0, Nível 2	PA; LA; 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



<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS OU LIMITES DE USO</b>
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; QL (120 per 30 days); NDS
NINLARO	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 28 days); 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; QL (120 per 30 days); 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
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 ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TASIGNA	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAZVERIK	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO	\$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 OU LIMITES DE USO
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; QL (56 per 28 days); 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; QL (90 per 30 days); 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
<b>Agentes Antineoplásticos Hormonais</b>		
<i>abiraterone acetate</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>anastrozole oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>bicalutamide</i>	\$0, Nível 1	
EMCYT	\$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
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
<b>Agentes De Proteção</b>		
<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
<b>Antibióticos</b>		
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
<b>Antimetabólitos</b>		
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
INQOVI	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LONSURF	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>mercaptopurine oral</i>	\$0, Nível 1	

#### LENDÁ

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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	
<b>Diversos</b>		
<i>bexarotene</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>irinotecan hcl</i>	\$0, Nível 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; QL (70 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; QL (91 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	\$0, Nível 2	PA; QL (49 per 28 days); NDS
MATULANE	\$0, Nível 2	LA; NDS
SYNRIBO	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
<b>Imunomoduladores</b>		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
<b>Inibidores Mitóticos</b>		
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
<b>AGENTES IMUNOLÓGICOS</b>		
<b>Agentes Autoimunes</b>		
ENBREL MINI	\$0, Nível 2	PA; QL (8 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS OU LIMITES DE USO</b>
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE	\$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 (1 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ	\$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
<b>Imunoglobulinas</b>		
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

#### **LEND A**

**PA** = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = 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
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
<b>Imunomoduladores</b>		
ACTIMMUNE	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ARCALYST	\$0, Nível 2	PA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION	\$0, Nível 2	B/D; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<b>Imunossupressores</b>		
<i>azathioprine oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); 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, 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
REZUROCK	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	B/D
<i>sirolimus oral solution</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>tacrolimus oral</i>	\$0, Nível 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS

**LEND A**

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<b>Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)</b>		
<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
<b>Vacinas</b>		
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	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX	\$0, Nível 2	B/D

**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
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	
<b>ANALGÉSICOS</b>		
<b>Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)</b>		
<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 oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>etodolac er</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>hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg 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 infants drops suspension 50 mg/1.25ml 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	
<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

#### LEND A

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



<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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 375 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>piroxicam oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>qc childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml 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 infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sulindac oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Analgésico De Opióides De Curta Duração</b>		
<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, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid</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)
<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)

**LEND A**

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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)
<b>Analgésicos De Opióides De Longa Duração</b>		
<i>buprenorphine transdermal</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (4 per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
HYSINGLA ER	\$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)
<b>Diversos</b>		
<i>8 hour arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>8hr muscle aches &amp; pain tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml 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>acetaminophen tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen tablet chewable 160 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

**LEND A**

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>aspirin 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>aspirin tablet delayed release 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE TABLET DELAYED RELEASE 81 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$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 arthritis relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp acetaminophen ex st tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp acetaminophen tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp acetaminophen tablet chewable 160 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 325 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 &amp; fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain &amp; fever infants 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>gnp pain relief tablet 325 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 &amp; fever child suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain &amp; 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 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm adult aspirin tablet 325 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 &amp; fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain &amp; fever infants suspension 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>hm pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain relief tablet extended release 650 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain reliever tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml 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
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>m-pap liquid 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain &amp; fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain &amp; fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain relief regular strength tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
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 enteric 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>qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief tablet 325 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 pain &amp; fever childrens suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain &amp; fever infants suspension 160 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief 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>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>Gota</b>		
<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	

#### 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
<b>ANESTÉSICOS</b>		
<b>Anestésicos Locais</b>		
<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
<b>ANTI-INFECTIVOS</b>		
<b>Agentes Antirretrovirais</b>		
<i>abacavir sulfate</i>	\$0, Nível 1	
APTIVUS ORAL CAPSULE	\$0, Nível 2	NDS
<i>atazanavir sulfate</i>	\$0, Nível 1	
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 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

**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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
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>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
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	
<b>Agentes Antituberculares</b>		
<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	
<b>Agentes De Combinação Antirretrovirais</b>		
<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

**LEND A**

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
JULUCA	\$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	
<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
<b>Antifúngicos</b>		
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 1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>flucytosine oral</i>	\$0, Nível 2	PA; 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	PA; QL (630 per 30 days); NDS
<i>nystatin oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>posaconazole</i>	\$0, Nível 2	PA; 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)
<b>Anti-Infeciosos – Diversos</b>		
<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 1	
<i>aztreonam</i>	\$0, Nível 1	
CAYSTON	\$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>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	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>colistimethate sodium (cba)</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
SIVEXTRO	\$0, Nível 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular</i>	\$0, Nível 1	
<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

#### LEND A

PA = Autorização prévia    QL = Limite de Quantidade    ST = Terapia por etapas    B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D    LA = Acesso Limitado    NDS = Fornecimento de 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>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	
<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)
<b>Antipalúdicos</b>		
<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
<b>Antivirais</b>		
<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
PREVYMIS ORAL	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); 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	

**LEND A**

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
VEMLIDY	\$0, Nível 2	PA; NDS
VOSEVI	\$0, Nível 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
<b>Cefalosporinas</b>		
<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 7.5 gm, 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

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<b>Eritromicinas/Macrolídeos</b>		
<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	
DIFICID	\$0, Nível 2	NDS
ERY-TAB	\$0, Nível 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<b>Fluoroquinolones</b>		
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	
<b>Penicilinas</b>		
<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

**LEND A**

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxacillin sodium intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>penicillin g potassium</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin g procaine</i>	\$0, Nível 2	
<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	
<b>Tetraciclinas</b>		
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 solution reconstituted 50 mg intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous</i>	\$0, Nível 2	NDS
<b>CARDIOVASCULAR</b>		
<b>Antagonistas Do Recetor De Aldosterona</b>		
<i>eplerenone</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II</b>		
<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)
<b>Antiarrítmicos</b>		
<i>amiodarone hcl intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiodarone hcl 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>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	
<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	
<b>Antilipêmicos, Diversos</b>		
<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)
<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	
<b>Antilipêmicos, Fibratos</b>		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gemfibrozil oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase</b>		
<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)
<b>Bloqueadores Alfa</b>		
<i>doxazosin mesylate oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>prazosin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>terazosin hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas</b>		
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	\$0, Nível 1	

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	\$0, Nível 1	
<b>Bloqueadores Beta</b>		
<i>acebutolol hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>atenolol oral</i>	\$0, Nível 1	
<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	
<b>Bloqueadores De Canais De Cálcio</b>		
<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	

#### LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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>verapamil hcl intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina II</b>		
<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)
<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)
<b>ENTRESTO</b>	\$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)
<b>Combinações De Inibidores Ace</b>		
<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	
<b>Diuréticos</b>		
<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	

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>spironolactone-hctz</i>	\$0, Nível 1	
<i>torse mide 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	
<b>Diversos</b>		
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>metirosine</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>midodrine hcl</i>	\$0, Nível 1	
<i>minoxidil oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>ranolazine er</i>	\$0, Nível 1	
<b>Hipertensão Arterial Pulmonar</b>		
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
<b>Inibidores Ace</b>		
<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	

#### LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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>lisinopril oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>moexipril hcl</i>	\$0, Nível 1	
<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	
<b>Nitratos</b>		
<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	
<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	
<b>DIVERSOS</b>		
<b>Diversos</b>		
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin liquid 1 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>ENDÓCRINO E METABÓLICO</b>		
<b>Agentes Aglutinantes De Fosfato</b>		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (540 per 30 days)
<b>Agentes Da Tiroide</b>		
EUTHYROX	\$0, Nível 1	
LEVO-T	\$0, Nível 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
LEVOXYL	\$0, Nível 1	
<i>liothyronine sodium oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>methimazole oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>propylthiouracil 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
SYNTHROID	\$0, Nível 2	
UNITHROID	\$0, Nível 1	
<b>Agentes Elevadores De Glicose</b>		
<i>diazoxide oral</i>	\$0, Nível 2	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK	\$0, Nível 2	
GVOKE PFS	\$0, Nível 2	
<b>Agentes Quelantes</b>		
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
<b>Analógicos De Vitamina D</b>		
<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
<b>Andrógenos</b>		
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)
<b>Antidiabéticos</b>		
<i>acarbose oral</i>	\$0, Nível 1	
BYDUREON BCISE	\$0, Nível 2	QL (3.4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 30 days)
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)

#### 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>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)
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)

#### LEND A

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
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)
<b>Antidiabéticos, Insulinas</b>		
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	
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 (2 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	RESTRIÇÕES
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nível 2	PA; QL (2 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		
SOLQUA	\$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)	
<b>Contraceptivos</b>			
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>briellyn</i>	\$0, Nível 1		
CAMILA	\$0, Nível 1		
CAMRESE	\$0, Nível 1		
CAMRESE LO	\$0, Nível 1		
CAZIAN	\$0, Nível 1		
CHATEAL	\$0, Nível 1		
CRYSSELLE-28	\$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
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 oral tablet 3-0.03-0.451 mg</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	
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	
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	

**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
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 &amp; 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	
MIBELAS 24 FE	\$0, Nível 1	
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	

#### 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
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	
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	

#### 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
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	
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 1/35 (28)	\$0, Nível 1	
ZUMANDIMINE	\$0, Nível 1	
<b>Diversos</b>		
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
<i>charcoal powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE	\$0, Nível 2	LA; NDS
CYSTAGON	\$0, Nível 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig</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>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	
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
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<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 gml/tsp</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
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<b>Endometriose</b>		
<i>danazol oral</i>	\$0, Nível 1	
SYNAREL	\$0, Nível 2	NDS
<b>Estrogénios</b>		
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	

#### LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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>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	
LYLLANA	\$0, Nível 2	
MIMVEY	\$0, Nível 2	
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	\$0, Nível 2	
YUVAFEM	\$0, Nível 1	
<b>Glucocorticóides</b>		
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	
<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	
<b>Progestinos</b>		
<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	
<b>Reguladores De Cálcio</b>		
<i>alendronate sodium oral solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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	
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
<b>GASTROINTESTINAL</b>		
<b>Antagonistas Do Recetor H2</b>		
<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	
<b>Antiácidos</b>		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>alum &amp; mag hydroxide-simeth suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alum &amp; mag hydroxide-simeth suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alumina-magnesia-simethicone suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$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

#### **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>antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp antacid &amp; anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp antacid &amp; anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp antacid regular strength 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 suspension 200-200-20 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 tablet 400 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 420 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL	\$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
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 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
<b>Antidiarreicos</b>		
<i>anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg 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>goodsense stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal capsule 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal tablet 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 suspension 525 mg/30ml 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loperamide hcl tablet 2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peptic relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc anti-diarrheal capsule 2 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>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 525 mg/30ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief tablet chewable 262 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>Antieméticos</b>		
<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)
<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	
<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)
<b>Antispasmódicos</b>		
<i>dicyclomine hcl oral</i>	\$0, Nível 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<b>Diversos</b>		
<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	

**LEND A**

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid</i>	\$0, Nível 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>gas relief drops infants suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength capsule 125 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>GATTEX</b>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief extra strength capsule 125 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants simethicone suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>LINZESS</b>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule</i>	\$0, Nível 1	
<i>mi-acid gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>misoprostol oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG</b>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<b>MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG</b>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<b>PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL</b>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION</b>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<b>RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL</b>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief antiflatuent capsule 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief extra strength capsule 125 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 125 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief tablet chewable 80 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sucrafate oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral tablet</i>	\$0, Nível 1	
<b>XERMELO</b>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
<b>XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG</b>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<b>Doença Inflamatória Intestinal</b>		
<i>balsalazide disodium</i>	\$0, Nível 1	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour</i>	\$0, Nível 2	PA; 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>budesonide oral</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>hydrocortisone rectal enema</i>	\$0, Nível 1	
<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	
<b>Enzimas Pancreáticas</b>		
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	
<b>Inibidores Da Bomba De Protões</b>		
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)
<b>Laxantes</b>		
<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>docusate calcium capsule 240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL	\$0, Nível 3	DP
DOK CAPSULE 100 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal</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

#### **LEND A**

**PA** = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>fiber laxative tablet 625 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber tablet 625 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber-lax tablet 625 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL	\$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	
<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 (adult) suppository 2 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (infants &amp; children) suppository 1 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (pediatric) suppository 1 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin adult suppository 2 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin childrens suppository 1 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp enema enema rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber capsule 0.52 gm 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/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 2	
<i>goodsense epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactulose encephalopathy</i>	\$0, Nível 1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>laxative max str tablet 25 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>milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 2400 mg/30ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia suspension 7.75 % oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME	\$0, Nível 2	
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 1 GM RECTAL	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350 packet 17 gm oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350 powder 17 gm/scoop oral</i>	\$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 enema enema 16-6 gm/133ml rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gentle laxative suppository 10 mg rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral</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 stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SENEXON-S TABLET 8.6-50 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>senna capsule 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna laxative tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna liquid 8.8 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna plus tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-lax tablet 8.6 mg oral</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>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 enema enema 7-19 gm/118ml rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral</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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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 fiber tablet 625 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm senna laxative tablet 8.6 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm senna-s tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative capsule 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener plus laxative tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>SUPREP BOWEL PREP KIT</b>	\$0, Nível 2	
<i>vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>womens 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 3 cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 &amp; 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 &amp; 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 3 combo-supp kit 200 &amp; 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<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 &amp; 2 mg-% (9gm) vaginal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 &amp; 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

### **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>terconazole</i>	\$0, Nível 1	
VANDAZOLE	\$0, Nível 1	
<b>Antispasmódicos</b>		
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>trospium chloride</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<b>Diversos</b>		
<i>acetic acid irrigation</i>	\$0, Nível 1	
<i>bethanechol chloride oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate er</i>	\$0, Nível 1	
<b>Hiperplasia Prostática Benigna</b>		
<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	
<b>HEMATOLÓGICO</b>		
<b>Anticoagulantes</b>		
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	
<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	

#### LEND A

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
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)
<b>Diversos</b>		
<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
SAJAZIR	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranexamic acid oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Fatores De Crescimento Hematopoiético</b>		
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
<b>Ferro</b>		
<i>active fe tablet 75-1.25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>corvite fe tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FERIVAFSA CAPSULE 110-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL	\$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
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ferraplus 90 tablet 90-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS	\$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 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
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN CAPSULE ORAL (RX)	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FORTE CAPSULE 460-60-0.01-1 MG ORAL (RX)	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE-F TABLET 324-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
IFEREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION	\$0, Nível 3	DP
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>kp ferrous sulfate tablet 325 (65 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
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$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
NUFERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tl-hem 150 tablet 150-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS	\$0, Nível 3	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 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
<b>Inibidores De Agregação De Plaquetas</b>		
<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	
<b>OFTALMOLÓGICO</b>		
<b>Antialérgicos</b>		
<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	
LASTACFT	\$0, Nível 2	
NAPHCON-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZERVIAE	\$0, Nível 2	
<b>Antiglaucoma</b>		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$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	

#### **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>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0, Nível 1	
RHOPRESSA	\$0, Nível 2	
SIMBRINZA	\$0, Nível 2	
<i>timolol maleate ophthalmic</i>	\$0, Nível 1	
VYZULTA	\$0, Nível 2	
<b>Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório</b>		
<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	
<b>Anti-Infeciosos</b>		
<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	

#### LEND A

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



NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<b>Anti-Inflamatórios</b>		
ALREX	\$0, Nível 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	\$0, Nível 1	
BROMSITE	\$0, Nível 2	
<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	
<b>Diversos</b>		
<i>artificial tears solution 1.4 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
CYSTADROPS	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
GONAK SOLUTION 2.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
ISOPTO ATROPINE	\$0, Nível 2	
ISOPTO TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic</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
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
RESTASIS	\$0, Nível 2	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ointment 5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL 0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS GEL 1 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS PF SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC	\$0, Nível 3	DP
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>ÓTICO</b>		
<b>Agentes Óticos</b>		
<i>acetic acid otic</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	\$0, Nível 1	
FLAC	\$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>fluocinolone acetone 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	
<b>RESPIRATÓRIO</b>		
<b>Agonistas Beta</b>		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	\$0, Nível 1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0, Nível 1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>albuterol sulfate oral</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)
<b>Anticolinérgicos</b>		
ATROVENT HFA	\$0, Nível 2	QL (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ipratropium bromide nasal</i>	\$0, Nível 1	
<b>Anti-Histamínicos</b>		
<i>24hr allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml 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 24-hr tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy rel child (loratadine) solution 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

**LEND A**

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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>allergy relief childrens solution 1 mg/ml 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 relief tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief tablet 5 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 alrly solution 1 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens tablet chewable 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens tablet chewable 5 mg 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
<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 childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<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
<i>gnp all day allergy childrens solution 1 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<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

#### LEND A

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>gnp allergy antihistamine liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine childrens solution 5 mg/5ml 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>gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense aller-ease tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense allergy relief tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm all day allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief capsule 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief tablet 4 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cetirizine hcl tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine tablet 10 mg 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
<i>levocetirizine dihydrochloride oral</i>	\$0, Nível 1	
<i>liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>m-dryl liquid 12.5 mg/5ml 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

**LEND A**

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>qc all day allergy tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc childrens allergy solution 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc 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 childrens syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief capsule 25 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 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine allergy relief tablet dispersible 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta</b>		
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)
<b>Combinações Esteróides/Beta-Agonistas</b>		
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)
<b>Diversos</b>		
<i>acetylcysteine inhalation</i>	\$0, Nível 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal</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	

#### **LEND A**

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS OU LIMITES DE USO</b>
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
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
<b>Esteróides Inalantes</b>		
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)
<b>Esteróides Nasais</b>		
<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)
<b>Moduladores De Leukotrieno</b>		
<i>montelukast sodium 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>zafirlukast</i>	\$0, Nível 1	
<b>Tosse E Constipação</b>		
<i>12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal</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 relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief 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>allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>BENZEDREX INHALER NASAL</b>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 150 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate capsule 200 mg oral</i>	\$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>chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chest congestion relief syrup 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silfedrine liquid 15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough/chest congestion dm syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL</b>	\$0, Nível 3	DP
<b>DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL</b>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 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>dextromethorphan-guaifenesin liquid 20-200 mg/10ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diabetic siltussin-dm max st liquid 10-200 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 &amp; congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy/congestion relief 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 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 nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nose drops extra strength solution 1 % nasal</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 &amp; cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin cough long acting syrup 15 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 mucus &amp; chest cong liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaiaitussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin liquid 100 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 tablet 200 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml 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>guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
HISTEX-AC SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy &amp; congestion tablet extended release 12 hour 5-120 mg 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
<i>hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nose drops solution 1 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm sinus nasal spray solution 0.05 % nasal</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
HYCODAN SYRUP 5-1.5 MG/5ML ORAL	\$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 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>m-clear wc solution 100-6.3 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus &amp; chest congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus relief chest congestion tablet 200 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>nasal decongestant max st tablet 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal four solution 1 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal relief solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$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>promethazine-phenyleph-codeine syrup 6.25-5-10 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>qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN DM COUGH LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML 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>silphen dm cough syrup 10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin das liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<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

#### LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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 alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus relief extra strength solution 1 % nasal</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 cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cough dm suspension extended release 30 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 nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray solution 0.05 % nasal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal</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
<i>sm tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 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
TESSALON PERLES CAPSULE 100 MG ORAL	\$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
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cough syrup 15 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm cough + chest liquid 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 liquid 20-200 mg/10ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm max liquid 10-200 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus &amp; chest congest liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin a/c solution 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin ac w/alac liquid 100-10 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin dac solution 30-10-100 mg/5ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>SISTEMA NERVOSO CENTRAL</b>		
<b>Agentes Antiparkinsonianos</b>		
<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	
<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	
<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
<b>Agentes De Terapia Musculosquelética</b>		
<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)
<b>Anti-Ansiedade</b>		
<i>alprazolam oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bupirone 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)
<b>Anticonvulsivos</b>		
APTIOM	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); 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)
<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 ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); 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	

#### LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = 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>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	
<i>oxcarbazepine</i>	\$0, Nível 1	
<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 oral suspension</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (2300 per 28 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (480 per 30 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 30 days); NDS

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0, Nível 2	QL (360 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
SUBVENITE	\$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) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$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
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>Antidemência</b>		
<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	

#### LEND A

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



<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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 &amp; 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)
<b>Antidepressivos</b>		
<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	
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	

#### LEND A

**PA** = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = 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
PAXIL ORAL SUSPENSION	\$0, Nível 2	PA; 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	
<b>Antipsicóticos</b>		
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 1	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
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
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	PA; QL (30 per 30 days)
<i>chlorpromazine hcl injection</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate</i>	\$0, Nível 2	
<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)

#### 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT	\$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)
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)

#### **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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<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)
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
<b>Diversos</b>		
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; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium</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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>lithium carbonate er</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral</i>	\$0, Nível 1	
<b>NUEDEXTA</b>	\$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
<b>Enxaqueca</b>		
<b>AIMOVIG</b>	\$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	PA; QL (40 per 28 days)
<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)
<b>UBRELVY</b>	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
<i>zolmitriptan oral</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<b>Hipnóticos</b>		
<b>BELSOMRA</b>	\$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)
<b>HETLIOZ</b>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>zaleplon</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>zolpidem tartrate oral</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<b>Múltiplos Agentes De Esclerose</b>		
<b>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT</b>	\$0, Nível 2	PA; QL (14 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 OU LIMITES DE USO
<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
<b>Narcolepsia/Cataplexia</b>		
<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
<b>Psicoterapêutico – Diversos</b>		
<i>acamprosate calcium</i>	\$0, Nível 1	
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<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; QL (56 per 28 days)
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK	\$0, Nível 2	PA; QL (106 per 365 days)
<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	
<i>gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</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 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat</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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>goodsense nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</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
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL	\$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	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<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
<i>nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal</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

#### LEND A

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
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
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal</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
VIVITROL	\$0, Nível 2	NDS
<b>Transtorno De Hiperatividade E Déficit De Atenção</b>		
<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)
<b>SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS</b>		
<b>Diversos</b>		
<i>co q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 capsule 100 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>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>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>coq-10 capsule extended release 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>eq1 coq10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp melatonin tablet 3 mg oral</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>melatonin liquid 1 mg/4ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin tablet 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin tablet 3 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>Eletrólitos/Minerais, Injetáveis</b>		
<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 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
ISOLYTE-P IN D5W	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S PH 7.4	\$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 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	

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nível 2	B/D
<b>Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Oraís</b>		
KLOR-CON 10	\$0, Nível 1	
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>potassium chloride crys er</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 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	
<b>Eletrólitos</b>		
<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
<b>Minerais</b>		
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) 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
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 500-125 mg-unit oral</i>	\$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 500/vitamin d tablet 500-125 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
<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 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral</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 tablet chewable 500-100 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-folic acid plus d wafer 1342-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-vitamin d3 tablet 250-125 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 citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm zinc tablet 50 mg oral</i>	\$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
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium chloride tablet delayed release 64 mg oral</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
<i>magnesium tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 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
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL	\$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
<i>oyster shell calcium 500 + 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>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-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral</i>	\$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>zinc gluconate tablet 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
<b>Nutrição Iv</b>		
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
<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>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

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MULTITRACE-4 NEONATAL SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-4 PEDIATRIC SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
<i>multitrace-5 concentrate solution 10-1000-500-60 mcg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-5 SOLUTION 4-400-100-20 MCG/ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
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
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous</i>	\$0, Nível 3	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
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
<b>Vitaminas</b>		
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
ANIMI-3 CAPSULE 1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
ANIMI-3/VITAMIN D CAPSULE 1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml 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
<i>b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/b-12 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
<i>biotin tablet 5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 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 extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CARDIOTEK RX TABLET ORAL	\$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>centamin liquid oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable vite childrens 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 4000-200 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
CORVITA TABLET 1.25 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg 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
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
DERMACINRX PUREFOLIX TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL	\$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 SUPREME D TABLET 3 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
DRISDOL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>e-400 capsule 400 unit oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>eql b complex 50 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>ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral</i>	\$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>fabb tablet 2.2-25-1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL	\$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>folite tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp essential one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes supervision capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp little ones childrens tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily plus iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral</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 extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm niacin tablet extended release 250 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b100 complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b50 complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin c tr tablet extended release 500 mg oral</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
<i>hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular</i>	\$0, Nível 3	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate calcium tablet 15 mg oral</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>l-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 tablet 3-35-2 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methyl-mc nac tablet 6-2-600 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC SOLUTION RECONSTITUTED INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL	\$0, Nível 3	DP
MEPHYTON TABLET 5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL	\$0, Nível 3	DP
NEPHPLEX RX TABLET 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 tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLUTION 10 MG/ML ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection</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>phytonadione solution 10 mg/ml injection</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>polyvitaminliron tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc)</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/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 25 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 50 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-100 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (rx)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b100 complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b-complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm chewable c tablet chewable 500 mg oral</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 vitaminsliron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b1 tablet 100 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 b12 tr tablet extended release 2000 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 cr tablet extended release 500 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

#### LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm vitamin c tablet chewable 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>span c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formulaliron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
STROVITE FORTE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
STROVITE ONE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
SUPER QUINTS B-50 TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>superplex-t tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>tab-a-viteliron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl solution 100 mg/ml injection</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine mononitrate tablet 100 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thrivite 19 tablet 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>total b/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triphrocaps capsule 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
UDAMIN SP TABLET 1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>virt-caps capsule 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>vita-bee/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
VITAFOL TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b-1 tablet 100 mg 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 2000 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<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

#### 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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>vitamin b-12 tablet 500 mcg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin b12 tr tablet extended release 2000 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 c er capsule extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c er tablet 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 c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin c-rose hips tr tablet extended release 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 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 acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamins for hair tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>vp-vite rx tablet 1 mg oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>westab mini tablet 2.2-25-1 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>zoo friends complete tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends gummies tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zoo friends tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>TÓPICO</b>		
<b>Agentes De Boca/Garganta/Dentários</b>		
CEPACOL SORE THROAT & COUGH LOZENGE 5-7.5 MG MOUTH/THROAT	\$0, Nível 3	DP
<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
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	
<b>Antifúngicos</b>		
ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL OINTMENT 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal clotrimazole 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>antifungal powder 2 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot spray aerosol 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL	\$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
<i>butenafine hcl cream 1 % external</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 anti-fungal cream 1 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole athletes foot cream 1 % external</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>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external</i>	\$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>itch relief extra strength cream 2-0.1 % 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
MICRO GUARD POWDER 2 % EXTERNAL	\$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)
<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>qc anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
REMEDY ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL POWDER 2 % EXTERNAL	\$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 anti-itch extra strength cream 2-0.1 % 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 antifungal 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
ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<b>Dermatologia, Acne</b>		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$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
AMNESTEEM	\$0, Nível 1	PA
AVITA	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT FOAM 9.8 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	\$0, Nível 1	QL (46.6 per 30 days)
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	QL (60 per 30 days)
<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	QL (118 per 30 days)
<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
<b>Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas</b>		
REGRANEX	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sterile water for irrigation</i>	\$0, Nível 1	
<b>Dermatologia, Anestésicos Locais</b>		
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)
<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)
<b>Dermatologia, Antibióticos</b>		
<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>first aid antibiotic ointment 3.5-400-5000 mg-unit external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentamicin sulfate external</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment 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

#### LEND A

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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 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 triple antibiotic max st ointment 1 % 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	QL (453.6 per 30 days)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic+pain relief ointment 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<b>Dermatologia, Antipsoriáticos</b>		
<i>acitretin</i>	\$0, Nível 1	PA
<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)
<b>Dermatologia, Antisseborréicos</b>		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion</i>	\$0, Nível 1	
<b>Dermatologia, Corticosteróides</b>		
<i>ala-cort external cream</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<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	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)

#### LEND A

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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>fluocinolone acetonide external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	\$0, Nível 1	QL (118.28 per 30 days)
<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	
<b>Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas</b>		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<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>hm lice treatment liquid 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing shampoo 4-0.33 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>malathion external</i>	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
<i>permethrin external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
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>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice solution kit kit 0.33-4-0.5 % combination</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice treatment lotion 1 % 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
<b>Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa</b>		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>arthritis pain relieving cream 0.075 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>capsaicin cream 0.025 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>capsaicin cream 0.1 % 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)
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<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>gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin liquid 0.15 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zinc oxide ointment 20 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm povidone-iodine solution 10 % 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)
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relief patch 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relieving patch 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole external cream</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external lotion</i>	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
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
<i>podofilox external</i>	\$0, Nível 1	QL (7 per 28 days)
<i>povidone-iodine ointment 10 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>povidone-iodine solution 10 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL	\$0, Nível 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL	\$0, Nível 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL	\$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

<b>NOME DO MEDICAMENTO</b>	<b>CUSTO E NÍVEL</b>	<b>AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO</b>
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc povidone iodine solution 10 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
RECTIV	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
ROSADAN EXTERNAL CREAM	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tacrolimus external ointment</i>	\$0, Nível 1	QL (100 per 30 days)
TARGRETIN EXTERNAL	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external</i>	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<b>Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)</b>		
<i>ear drops solution 6.5 % otic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm earwax removal aid solution 6.5 % otic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm earwax removal kit solution 6.5 % otic</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ear drops solution 6.5 % otic</i>	\$0, Nível 3	DP

#### LEND A

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

## D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	72	<i>all day allergy</i> .....	67	<i>amphotericin b</i> .....	31
12 hour nasal decongestant.....	72	<i>all day allergy childrens</i> .....	67	<i>ampicillin</i> .....	35
12 hour nasal spray.....	72	<i>all day allergy d</i> .....	72	<i>ampicillin sodium</i> .....	35
24hr allergy relief.....	67	<i>all day allergy-d</i> .....	72	<i>ampicillin-sulbactam sodium</i> .....	35
3 day vaginal.....	59	<i>all-day allergy childrens</i> .....	67	<i>anagrelide hcl</i> .....	61
8 hour arthritis pain reliever.....	26	<i>aller-chlor</i> .....	67	<i>anastrozole</i> .....	18
8 hr arthritis pain relief.....	26	<i>aller-ease</i> .....	67	ANDRODERM.....	42
8hr muscle aches & pain.....	26	<i>allergy</i> .....	68	ANIMAL SHAPES.....	93
<i>abacavir sulfate</i> .....	29	<i>allergy 24-hr</i> .....	67	<i>animal shapes/iron</i> .....	93
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i> .....	30	<i>allergy childrens</i> .....	67	ANIMI-3.....	93
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine</i> .....	30	<i>allergy rel child (loratadine)</i> .....	67	ANIMI-3/VITAMIN D.....	93
ABELCET.....	31	<i>allergy relief</i> .....	67, 68	ANORO ELLIPTA.....	70
ABILIFY MAINTENA.....	82	<i>allergy relief childrens</i> .....	67, 68	<i>antacid</i> .....	53
<i>abiraterone acetate</i> .....	18	<i>allergy relief d</i> .....	72	<i>antacid anti-gas max strength</i> .....	52
ABRAXANE.....	20	<i>allergy relief d-12</i> .....	72	<i>antacid fast relief</i> .....	52
<i>acamprosate calcium</i> .....	86	<i>allergy relief d-24</i> .....	72	<i>antacid maximum strength</i> .....	52
<i>acarbose</i> .....	42	<i>allergy relief/nasal decongest</i> .....	72	<i>antacid plus anti-gas fast act</i> .....	52
ACCUTANE.....	101	<i>allergy relief-d</i> .....	72	<i>antacid plus anti-gas relief</i> .....	52
<i>acebutolol hcl</i> .....	38	<i>allergy/congestion relief</i> .....	72	<i>antacid regular strength</i> .....	53
<i>acetaminophen</i> .....	26	<i>allergy-time</i> .....	68	<i>antacid/anti-gas</i> .....	53
<i>acetaminophen childrens</i> .....	26	<i>allopurinol</i> .....	28	<i>anti-diarrheal</i> .....	53
<i>acetaminophen er</i> .....	26	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	52	<i>antifungal</i> .....	100
<i>acetaminophen extra strength</i> .....	26	ALOE VESTA CLEAR.....		<i>anti-fungal</i> .....	100
<i>acetaminophen infants</i> .....	26	ANTIFUNGAL.....	100	<i>antifungal (tolnaftate)</i> .....	100
<i>acetaminophen-codeine</i> .....	25	<i>alosetron hcl</i> .....	54	<i>antifungal clotrimazole</i> .....	100
<i>acetaminophen-codeine #3</i> .....	25	ALPHAGAN P.....	63	<i>anti-itch</i> .....	100
<i>acetazolamide</i> .....	39	<i>alprazolam</i> .....	77	<i>antiseptic skin cleanser</i> .....	105
<i>acetazolamide er</i> .....	39	ALREX.....	65	<i>aprepitant</i> .....	54
<i>acetic acid</i> .....	60, 66	ALTAVERA.....	45	APRI.....	45
<i>acetylcysteine</i> .....	70	<i>alum &amp; mag hydroxide-simeth</i> .....	52	APTIOM.....	78
<i>acitretin</i> .....	103	<i>alumina-magnesia-simethicone</i> .....	52	APTIVUS.....	29
ACTHIB.....	23	<i>aluminum hydroxide gel</i> .....	52	AQUADEKS.....	93
ACTIMMUNE.....	22	ALUNBRIG.....	15	<i>aqueous vitamin d</i> .....	93
<i>active fe</i> .....	61	<i>alyacen 1/35</i> .....	45	ARALAST NP.....	70
<i>acyclovir</i> .....	33	<i>alyacen 7/7/7</i> .....	45	ARANELLE.....	45
<i>acyclovir sodium</i> .....	33	AMABELZ.....	50	ARCALYST.....	22
ADACEL.....	23	<i>amantadine hcl</i> .....	77	<i>aripiprazole</i> .....	82
<i>adefovir dipivoxil</i> .....	33	AMBISOME.....	31	ARISTADA.....	82
ADEMPAS.....	40	<i>ambrisentan</i> .....	40	ARISTADA INITIO.....	82
ADIPEX-P.....	86	AMETHIA.....	45	<i>armodafinil</i> .....	86
ADRENALIN.....	40	<i>amikacin sulfate</i> .....	31	ARNUITY ELLIPTA.....	71
ADRIAMYCIN.....	19	<i>amiloride hcl</i> .....	39	<i>arthritis pain relief</i> .....	26
ADVAIR DISKUS.....	70	<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i> .....	39	<i>arthritis pain reliever</i> .....	26
ADVAIR HFA.....	70	AMINOSYN-PF.....	92	<i>arthritis pain relieving</i> .....	105
AFINITOR.....	15	<i>amiodarone hcl</i> .....	36	<i>artificial tears</i> .....	65
AFINITOR DISPERZ.....	15	<i>amitriptyline hcl</i> .....	81	<i>ascorbic acid</i> .....	93
AFIRMELLE.....	45	<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i> .....	39	<i>asenapine maleate</i> .....	82
AIMOVIG.....	85	<i>amlodipine besylate</i> .....	38	ASHLYNA.....	45
<i>ala-cort</i> .....	103	<i>amlodipine besylate-valsartan</i> .....	39	<i>aspirin</i> .....	27
<i>albendazole</i> .....	31	<i>amlodipine-olmesartan</i> .....	39	<i>aspirin ec</i> .....	27
<i>albuterol sulfate</i> .....	67	<i>amlodipine-valsartan-hctz</i> .....	39	<i>aspirin-dipyridamole er</i> .....	63
<i>albuterol sulfate hfa</i> .....	67	<i>ammonium lactate</i> .....	105	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
<i>alclometasone dipropionate</i> .....	103	AMNESTEEM.....	102	SYR.....	44
ALDURAZYME.....	49	<i>amoxapine</i> .....	81	<i>atazanavir sulfate</i> .....	29
ALECENSA.....	15	<i>amoxicillin</i> .....	35	<i>atenolol</i> .....	38
<i>alendronate sodium</i> .....	51	<i>amoxicillin-pot clavulanate</i> .....	35	<i>atenolol-chlorthalidone</i> .....	37
<i>alfuzosin hcl er</i> .....	60	<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i> .....	35	<i>athletes foot (terbinafine)</i> .....	100
ALIMTA.....	19	<i>amphetamine-dextroamphet er</i> .....	88	<i>athletes foot powder spray</i> .....	100
<i>aliskiren fumarate</i> .....	40	<i>amphetamine-dextroamphetamine</i> .....	88	<i>athletes foot spray</i> .....	100

<i>atomoxetine hcl</i> .....	88	<i>betamethasone dipropionate</i> .....	103	<i>c-500</i> .....	93
<i>atorvastatin calcium</i> .....	37	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	103	<i>cabergoline</i> .....	49
<i>atovaquone</i> .....	31	<i>betamethasone valerate</i> .....	103	CABOMETYX.....	15
<i>atovaquone-proguanil hcl</i> .....	33	BETASERON.....	85	<i>calamine phenolated</i> .....	105
<i>atropine sulfate</i> .....	65	<i>betaxolol hcl</i> .....	38, 63	<i>calamine-zinc oxide</i> .....	105
ATROVENT HFA.....	67	<i>bethanechol chloride</i> .....	60	CALCI-CHEW.....	90
AUBRA EQ.....	45	BETOPTIC-S.....	63	<i>calcipotriene</i> .....	103
AUROVELA 1/20.....	45	BEVESPI AEROSPHERE.....	70	<i>calcitonin (salmon)</i> .....	52
AUROVELA 24 FE.....	45	<i>bexarotene</i> .....	20	CALCITRATE.....	91
AUROVELA FE 1.5/30.....	45	BEXSERO.....	23	CALCITRENE.....	103
AUROVELA FE 1/20.....	45	<i>bicalutamide</i> .....	18	<i>calcitriol</i> .....	42
AUSTEDO.....	84	BICILLIN L-A.....	35	<i>calcium</i> .....	91
AVASTIN.....	15	BIKTARVY.....	30	<i>calcium 500 + d</i> .....	91
AVIANE.....	45	<i>biotin</i> .....	93	<i>calcium 500/d</i> .....	91
AVITA.....	102	<i>bisacodyl</i> .....	56	<i>calcium 500/vitamin d</i> .....	91
AYUNA.....	45	<i>bisacodyl ec</i> .....	56	<i>calcium 600</i> .....	91
AYVAKIT.....	15	<i>bismatrol</i> .....	53	<i>calcium 600+d</i> .....	91
<i>azacitidine</i> .....	19	<i>bisoprolol fumarate</i> .....	38	<i>calcium 600-d</i> .....	91
<i>azathioprine</i> .....	22	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	38	<i>calcium acetate</i> .....	41
<i>azelastine hcl</i> .....	63, 68	BIVIGAM.....	21	<i>calcium acetate (phos binder)</i> .....	41
<i>azithromycin</i> .....	35	BLEPHAMIDE S.O.P.....	64	<i>calcium carb-cholecalciferol</i> .....	91
<i>aztreonam</i> .....	31	BLISOVI 24 FE.....	45	<i>calcium carbonate</i> .....	91
AZURETTE.....	45	BLISOVI FE 1.5/30.....	45	<i>calcium carbonate antacid</i> .....	91
<i>b complex</i> .....	93	BOOSTRIX.....	23	<i>calcium high potency</i> .....	91
<i>b complex-c</i> .....	93	<i>bortezomib</i> .....	15	<i>calcium high potency/vitamin d</i> .....	91
<i>b-1</i> .....	93	<i>bosentan</i> .....	40	<i>calcium-folic acid plus d</i> .....	91
<i>b-12 tr</i> .....	93	BOSULIF.....	15	<i>calcium-vitamin d3</i> .....	91
<i>bacitracin</i> .....	64, 102	<i>bp vit 3</i> .....	93	CALMOSEPTINE.....	105
<i>bacitracin zinc</i> .....	102	BRAFTOVI.....	15	CALQUENCE.....	15
<i>bacitracin-polymyxin b</i> .....	64	BREO ELLIPTA.....	70	CAMILA.....	45
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i> .....	64	BREZTRI AEROSPHERE.....	70	CAMRESE.....	45
<i>baclofen</i> .....	77	<i>briellyn</i> .....	45	CAMRESE LO.....	45
<i>balsalazide disodium</i> .....	55	BRILINTA.....	63	<i>candesartan cilexetil</i> .....	36
BALVERSA.....	15	<i>brimonidine tartrate</i> .....	63	<i>candesartan cilexetil-hctz</i> .....	39
BALZIVA.....	45	<i>brinzolamide</i> .....	63	<i>capcof</i> .....	72
BANOPHEN.....	68, 100	BRIVIACT.....	78	CAPLYTA.....	82
BARACLUDGE.....	33	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i> .....	65	CAPRELSA.....	15
BASAGLAR KWIKPEN.....	44	<i>bromocriptine mesylate</i> .....	77	<i>capsaicin</i> .....	105
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...	27	BROMSITE.....	65	<i>captopril</i> .....	40
<i>baza antifungal</i> .....	100	BRUKINSA.....	15	CARBAGLU.....	49
<i>bcg vaccine</i> .....	23	<i>budesonide</i> .....	56, 71	<i>carbamazepine</i> .....	78
<i>b-complex/b-12</i> .....	93	<i>budesonide er</i> .....	55	<i>carbamazepine er</i> .....	78
BEKYREE.....	45	<i>bumetanide</i> .....	39	<i>carbidopa-levodopa</i> .....	77
BELSOMRA.....	85	<i>buprenorphine</i> .....	26	<i>carbidopa-levodopa er</i> .....	77
<i>benazepril hcl</i> .....	40	<i>buprenorphine hcl</i> .....	86	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> .....	77
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i> .....	39	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i> .....	86	<i>carboplatin</i> .....	15
BENDEKA.....	15	<i>bupropion hcl</i> .....	81	CARDIOTEK RX.....	93
BENLYSTA.....	22	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i> .....	86	<i>carisoprodol</i> .....	77
BENZEDREX.....	72	<i>bupropion hcl er (sr)</i> .....	81	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	100
BENZEPRO.....	102	<i>bupropion hcl er (xl)</i> .....	81	<i>carteolol hcl</i> .....	63
BENZEPRO SHORT CONTACT...	102	<i>buspirone hcl</i> .....	78	CARTIA XT.....	38
<i>benzoin</i> .....	100	<i>butenafine hcl</i> .....	100	<i>carvedilol</i> .....	38
<i>benzonatate</i> .....	72	<i>butorphanol tartrate</i> .....	25	<i>casprofungin acetate</i> .....	31
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i> .....	102	BYDUREON BCISE.....	42	<i>castellani paint modified</i> .....	100
<i>benzphetamine hcl</i> .....	86	BYETTA 10 MCG PEN.....	42	CAYSTON.....	31
<i>benztropine mesylate</i> .....	77	BYETTA 5 MCG PEN.....	42	CAZANT.....	45
<i>bepotastine besilate</i> .....	63	BYSTOLIC.....	38	<i>cefaclor</i> .....	34
BEPREVE.....	63	<i>c 250</i> .....	93	<i>cefaclor er</i> .....	34
BERINERT.....	61	<i>c-1000</i> .....	93	<i>cefadroxil</i> .....	34
BESIVANCE.....	64	<i>c-1000/rose hips</i> .....	93	<i>cefazolin sodium</i> .....	34

<i>cefazolin sodium-dextrose</i> .....	34	<i>ciprofloxacin in d5w</i> .....	35	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	15
<i>cefdinir</i> .....	34	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i> .....	66	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	15
<i>cefepime hcl</i> .....	34	<i>cisplatin</i> .....	15	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	44
<i>cefixime</i> .....	34	<i>citalopram hydrobromide</i> .....	81	COMPLERA.....	30
<i>cefoxitin sodium</i> .....	34	<i>citrus calcium +d</i> .....	91	<i>complete allergy medicine</i> .....	68
<i>cefepodoxime proxetil</i> .....	34	<i>citrus calcium/vitamin d</i> .....	91	COMPRO.....	54
<i>cefprozil</i> .....	34	CLARAVIS.....	102	<i>constulose</i> .....	56
<i>ceftazidime</i> .....	34	<i>clarithromycin</i> .....	35	COPIKTRA.....	15
<i>ceftazidime and dextrose</i> .....	34	<i>clarithromycin er</i> .....	35	<i>coq10</i> .....	89
<i>ceftriaxone sodium</i> .....	34	<i>classic prenatal</i> .....	94	<i>coq-10</i> .....	89
<i>cefuroxime axetil</i> .....	34	<i>clindamycin hcl</i> .....	32	CORLANOR.....	40
<i>cefuroxime sodium</i> .....	34	<i>clindamycin palmitate hcl</i> .....	32	CORVITA.....	94
<i>celecoxib</i> .....	24	<i>clindamycin phosphate</i> .....	32, 59, 102	CORVITA 150.....	61
CELONTIN.....	78	<i>clindamycin phosphate in d5w</i> .....	32	CORVITE 150.....	61
<i>centamin</i> .....	94	<i>clindamycin phosphate in nacl</i> .....	32	<i>corvite fe</i> .....	61
CEPACOL SORE THROAT & COUGH.....	100	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	92	COTELLIC.....	15
<i>cephalexin</i> .....	34	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	92	<i>cough dm</i> .....	72
CERDELGA.....	49	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	92	<i>cough dm childrens</i> .....	72
CEREZYME.....	49	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	92	<i>cough/chest congestion dm</i> .....	72
CEROVITE JR.....	94	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i> .....	92	CREON.....	56
<i>cetirizine hcl</i> .....	68	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i> .....	92	<i>cromolyn sodium</i> .....	54, 63, 70
<i>cetirizine hcl allergy child</i> .....	68	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i> .....	92	CRYSELLE-28.....	45
<i>cetirizine hcl childrens</i> .....	68	CLINISOL SF.....	92	<i>cupric chloride</i> .....	92
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i> .....	68	CLINOLIPID.....	92	<i>cvs b-1</i> .....	94
<i>cetirizine hcl hives relief</i> .....	68	<i>clobazam</i> .....	78	<i>cvs cough dm</i> .....	72
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i> .....	72	<i>clobetasol propionate</i> .....	103	<i>cvs gauze sterile</i> .....	44
<i>cevimeline hcl</i> .....	100	<i>clobetasol propionate e</i> .....	103	<i>cvs lice treatment</i> .....	104
CHANTIX.....	86	<i>clomipramine hcl</i> .....	81	<i>cvs vitamin b-12</i> .....	94
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	86	<i>clonazepam</i> .....	78	<i>cyanocobalamin</i> .....	94
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	86	<i>clonidine</i> .....	40	CYCLAFEM 1/35.....	46
<i>charcoal</i> .....	49	<i>clonidine hcl</i> .....	40	CYCLAFEM 7/7/7.....	46
CHATEAL.....	45	<i>clonidine hcl</i> .....	40	<i>cyclobenzaprine hcl</i> .....	77
CHEMET.....	42	<i>clopidogrel bisulfate</i> .....	63	<i>cyclophosphamide</i> .....	15
<i>chest congestion relief</i> .....	72	<i>clorazepate dipotassium</i> .....	78	<i>cycloserine</i> .....	30
<i>chest congestion relief dm</i> .....	72	CLORPACTIN.....	105	<i>cyclosporine</i> .....	22
<i>chewable vite childrens</i> .....	94	<i>clotrimazole</i> .....	59, 100, 101	<i>cyclosporine modified</i> .....	22
<i>childrens animal shapes</i> .....	94	<i>clotrimazole 3</i> .....	59	<i>cyproheptadine hcl</i> .....	68
<i>childrens chewable vitamins</i> .....	94	<i>clotrimazole anti-fungal</i> .....	100	CYRED EQ.....	46
<i>childrens ibuprofen</i> .....	24	<i>clotrimazole athletes foot</i> .....	100	CYSTADANE.....	49
<i>childrens loratadine</i> .....	68	<i>clotrimazole-athletes foot</i> .....	100	CYSTADROPS.....	65
<i>childrens silapap</i> .....	27	<i>clotrimazole-betamethasone</i> .....	101	CYSTAGON.....	49
<i>childrens silfedrine</i> .....	72	<i>clozapine</i> .....	82, 83	CYSTARAN.....	65
<i>chlorhexidine gluconate</i> .....	100	<i>co q10</i> .....	88	<i>cytarabine</i> .....	19
<i>chloroquine phosphate</i> .....	33	<i>co q-10</i> .....	88	<i>d 1000</i> .....	94
<i>chlorpromazine hcl</i> .....	82	COARTEM.....	33	<i>d 400</i> .....	94
<i>chlorthalidone</i> .....	39	<i>cod liver oil</i> .....	94	<i>d 5000</i> .....	94
<i>cholestyramine</i> .....	37	<i>coditussin ac</i> .....	72	<i>d3 high potency</i> .....	94
<i>cholestyramine light</i> .....	37	<i>coditussin dac</i> .....	72	<i>d3 super strength</i> .....	94
CHROMAGEN.....	61	<i>coenzyme q10</i> .....	88	<i>daily vitamins</i> .....	94
<i>chromic chloride</i> .....	92	<i>coenzyme q-10</i> .....	88	<i>daily-vite</i> .....	94
<i>ciclopirox olamine</i> .....	100	<i>co-enzyme q10</i> .....	89	<i>daily-vitel/iron/beta-carotene</i> .....	94
<i>cilostazol</i> .....	61	<i>co-enzyme q-10</i> .....	89	<i>dalfampridine er</i> .....	86
CILOXAN.....	64	<i>colchicine</i> .....	28	DALIRESP.....	70
CIMDUO.....	30	<i>colchicine-probenecid</i> .....	28	<i>danazol</i> .....	50
<i>cinacalcet hcl</i> .....	49	<i>colesevelam hcl</i> .....	37	<i>dantrolene sodium</i> .....	77
CIPRO.....	35	<i>colestipol hcl</i> .....	37	<i>dapsone</i> .....	32
<i>ciprofloxacin hcl</i> .....	35, 64	<i>colistimethate sodium (cba)</i> .....	32	DAPTACEL.....	23
		COMBIGAN.....	63	<i>daptomycin</i> .....	32
		COMBIVENT RESPIMAT.....	70		
		COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	15		

DASETTA 1/35.....	46	<i>diflunisal</i> .....	24	<i>ed-apap</i> .....	27
DASETTA 7/7/7.....	46	DIGITEK.....	40	EDURANT.....	29
DAURISMO.....	15	DIGOX.....	40	<i>efavirenz</i> .....	29
DAYSEE.....	46	<i>digoxin</i> .....	40	<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir</i> .....	30
DEBLITANE.....	46	<i>dihydroergotamine mesylate</i> .....	85	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i> .....	30
DECARA.....	94	DILANTIN.....	78	ELDERTONIC.....	94
<i>deferasirox</i> .....	42	DILANTIN INFATABS.....	78	ELINEST.....	46
<i>deferasirox granules</i> .....	42	<i>diltiazem hcl</i> .....	38	ELIQUIS.....	60
DELESTROGEN.....	50	<i>diltiazem hcl er</i> .....	38	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	60
DELSTRIGO.....	30	<i>diltiazem hcl er beads</i> .....	38	ELLA.....	46
DELSYM.....	72	<i>diltiazem hcl er coated beads</i> .....	38	ELURYNG.....	46
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	72	<i>dilt-xr</i> .....	38	EMCYT.....	18
DERMACINRX PUREFOLIX.....	94	<i>diphenhist</i> .....	68	EMOQUETTE.....	46
DESCOVY.....	30	<i>diphenhydramine hcl</i> .....	68	EMSAM.....	81
DESENEK.....	101	<i>diphenhydramine hcl childrens</i> .....	68	<i>emtricitabine</i> .....	29
<i>desipramine hcl</i> .....	81	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i> .....	101	<i>emtricitabine-tenofovir df</i> .....	30
<i>desmopressin ace spray refrig</i> .....	49	<i>diphenoxylate-atropine</i> .....	55	EMTRIVA.....	29
<i>desmopressin acetate</i> .....	50	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i> .....	23	EMVERM.....	32
<i>desmopressin acetate pf</i> .....	50	<i>dipyridamole</i> .....	63	<i>enalapril maleate</i> .....	40
<i>desmopressin acetate spray</i> .....	50	<i>disopyramide phosphate</i> .....	37	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i> .....	39
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	46	<i>disulfiram</i> .....	86	ENBREL.....	21
<i>desvenlafaxine succinate er</i> .....	81	<i>divalproex sodium</i> .....	78	ENBREL MINI.....	20
<i>dexamethasone</i> .....	51	<i>divalproex sodium er</i> .....	78	ENBREL SURECLICK.....	21
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	51	<i>docetaxel</i> .....	20	ENDARI.....	61
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> .....	51	<i>docu</i> .....	56	ENDOCET.....	25
<i>dexamethasone sodium phosphate</i> .....	51, 65	<i>docusate calcium</i> .....	56	ENDUR-C.....	94
DEXILANT.....	56	<i>docusate mini</i> .....	56	<i>enema</i> .....	56
<i>dexmethylphenidate hcl</i> .....	88	<i>docusate sodium</i> .....	56	<i>enema ready-to-use</i> .....	56
<i>dextromethorphan polistirex er</i> .....	72	DOCUSOL MINI.....	56	ENEMEEZ MINI.....	56
<i>dextromethorphan-guaifenesin</i> ..	72, 73	<i>dofetilide</i> .....	37	ENEMEEZ PLUS.....	56
<i>dextrose</i> .....	92	DOK.....	56	ENGERIX-B.....	23
<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i> .....	89	<i>donepezil hcl</i> .....	80	<i>enoxaparin sodium</i> .....	60
<i>dextrose in lactated ringers</i> .....	89	DOPTelet.....	61	ENPRESSE-28.....	46
<i>dextrose-nacl</i> .....	89	<i>dorzolamide hcl</i> .....	63	ENSKYCE.....	46
<i>dextrose-sodium chloride</i> .....	89	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i> .....	63	ENSTILAR.....	103
<i>diabetic siltussin-dm max st</i> .....	73	DOTTI.....	50	<i>entacapone</i> .....	77
DIABETIC TUSSIN.....	73	DOVATO.....	30	<i>entecavir</i> .....	33
DIABETIC TUSSIN DM.....	73	<i>doxazosin mesylate</i> .....	37	ENTRESTO.....	39
DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	73	<i>doxepin hcl</i> .....	81, 85	<i>enulose</i> .....	56
DIACOMIT.....	78	<i>doxorubicin hcl</i> .....	19	EPCLUSA.....	33
DIALYVITE.....	94	<i>doxorubicin hcl liposomal</i> .....	19	EPIDIOLEX.....	78
DIALYVITE 3000.....	94	DOXY 100.....	36	<i>epinephrine</i> .....	70
DIALYVITE 5000.....	94	<i>doxycycline hyclate</i> .....	36	<i>epirubicin hcl</i> .....	19
DIALYVITE 800.....	94	<i>doxycycline monohydrate</i> .....	36	EPITOL.....	78
DIALYVITE 800/ZINC.....	94	DRISDOL.....	94	EPIVIR HBV.....	33
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	94	DRIZALMA SPRINKLE.....	81	<i>eplerenone</i> .....	36
DIALYVITE SUPREME D.....	94	<i>dronabinol</i> .....	54	<i>epsom salt</i> .....	56
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	94	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i> .....	46	<i>eq cough dm</i> .....	73
DIALYVITE/ZINC.....	94	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i> .....	46	<i>eq lice killing max st</i> .....	104
<i>diazepam</i> .....	78	DROXIA.....	61	<i>eq l b complex 50</i> .....	94
<i>diazoxide</i> .....	42	<i>droxidopa</i> .....	40	<i>eq l coq10</i> .....	89
<i>diclofenac potassium</i> .....	24	<i>duloxetine hcl</i> .....	81	<i>ergocalciferol</i> .....	95
<i>diclofenac sodium</i> .....	24, 65, 105	DUREZOL.....	65	<i>ergotamine-caffeine</i> .....	85
<i>diclofenac sodium er</i> .....	24	<i>dutasteride</i> .....	60	ERIVEDGE.....	15
<i>dicloxacillin sodium</i> .....	35	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i> .....	60	ERLEADA.....	19
<i>dicyclomine hcl</i> .....	54	DYNA-HEX 4.....	105	<i>erlotinib hcl</i> .....	15, 16
<i>diethylpropion hcl</i> .....	86	<i>e-400</i> .....	94	ERRIN.....	46
<i>diethylpropion hcl er</i> .....	86	<i>ear drops</i> .....	106	<i>ertapenem sodium</i> .....	32
DIFICID.....	35	<i>ec-naproxen</i> .....	24	<i>ery</i> .....	102
		<i>ed chlorped jr</i> .....	68	ERY-TAB.....	35

ERYTHROCIN LACTOBIONATE ...	35	<i>ferrous gluconate</i> .....	62	FOTIVDA.....	16
ERYTHROCIN STEARATE .....	35	<i>ferrous sulfate</i> .....	62	FREAMINE HBC.....	92
<i>erythromycin</i> .....	64, 102	FETZIMA.....	81	FREAMINE III.....	92
<i>erythromycin base</i> .....	35	FETZIMA TITRATION.....	81	<i>fulvestrant</i> .....	19
<i>erythromycin ethylsuccinate</i> .....	35	FEVERALL ADULTS.....	27	FUNGOID TINCTURE.....	101
ESBRIET.....	71	FEVERALL CHILDRENS.....	27	<i>furosemide</i> .....	39
<i>escitalopram oxalate</i> .....	81	FEVERALL INFANTS.....	27	FUSION.....	62
<i>esomeprazole magnesium</i> .....	56	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 27		FUSION PLUS.....	62
ESTARYLLA.....	46	<i>fexofenadine hcl</i> .....	68	FUZEON.....	29
ESTER-C.....	95	FIASP.....	44	FYAVOLV.....	51
<i>estradiol</i> .....	50, 51	FIASP FLEXTOUCH.....	44	FYCOMPA.....	79
<i>estradiol valerate</i> .....	51	FIASP PENFILL.....	44	<i>gabapentin</i> .....	79
<i>estradiol-norethindrone acet</i> .....	51	<i>fiber</i> .....	57	<i>galantamine hydrobromide</i> .....	80, 81
<i>eszopiclone</i> .....	85	<i>fiber laxative</i> .....	57	<i>galantamine hydrobromide er</i> .....	80
<i>ethambutol hcl</i> .....	30	<i>fiber-lax</i> .....	57	GAMASTAN.....	21
<i>ethosuximide</i> .....	78	<i>finasteride</i> .....	60	GAMMAGARD.....	22
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i> .....	46	FINTEPLA.....	79	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	22
<i>etodolac</i> .....	24	<i>first aid antibiotic</i> .....	102	GAMMAKED.....	22
<i>etodolac er</i> .....	24	FLAC.....	66	GAMMAPLEX.....	22
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i> .....	46	FLAREX.....	65	GAMUNEX-C.....	22
<i>etoposide</i> .....	20	FLEBOGAMMA DIF.....	21	<i>ganciclovir sodium</i> .....	33
<i>etravirine</i> .....	29	<i>flecainide acetate</i> .....	37	GARDASIL 9.....	23
EUTHYROX.....	41	FLEET ENEMA.....	57	<i>gas relief</i> .....	55
<i>everolimus</i> .....	16, 22	FLORIVA PLUS.....	95	<i>gas relief drops infants</i> .....	55
EVOTAZ.....	30	FLOVENT DISKUS.....	71	<i>gas relief extra strength</i> .....	55
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	71	<i>gas relief ultra strength</i> .....	55
NEEDLE.....	44	<i>fluconazole</i> .....	31	<i>gatifloxacin</i> .....	64
<i>exemestane</i> .....	19	<i>fluconazole in sodium chloride</i> .....	31	GATTEX.....	55
<i>ezetimibe</i> .....	37	<i>flucytosine</i> .....	31	GAVILYTE-C.....	57
<i>ezetimibe-simvastatin</i> .....	37	<i>fludrocortisone acetate</i> .....	51	GAVILYTE-G.....	57
<i>fabb</i> .....	95	<i>flunisolide</i> .....	71	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
FABRAZYME.....	50	<i>fluocinolone acetonide</i> .....	67, 103, 104	PACK.....	57
FALMINA.....	46	<i>fluocinolone acetonide body</i> .....	103	GAVRETO.....	16
<i>famciclovir</i> .....	33	<i>fluocinolone acetonide scalp</i> .....	104	<i>gemcitabine hcl</i> .....	19
<i>famotidine</i> .....	52	<i>fluocinonide</i> .....	104	<i>gemfibrozil</i> .....	37
<i>famotidine premixed</i> .....	52	<i>fluocinonide emulsified base</i> .....	104	<i>generlac</i> .....	57
FANAPT.....	83	<i>fluorometholone</i> .....	65	GENGRAF.....	22
FANAPT TITRATION PACK.....	83	<i>fluorouracil</i> .....	19, 105	GENOTROPIN.....	50
FARXIGA.....	42	<i>fluoxetine hcl</i> .....	81	GENOTROPIN MINIQUICK.....	50
FARYDAK.....	16	<i>fluphenazine decanoate</i> .....	83	GENTAK.....	64
FASENRA.....	71	<i>fluphenazine hcl</i> .....	83	<i>gentamicin in saline</i> .....	32
FASENRA PEN.....	71	<i>flurbiprofen</i> .....	24	<i>gentamicin sulfate</i> .....	32, 64, 102
FAYOSIM.....	46	<i>flurbiprofen sodium</i> .....	65	GENTEAL TEARS.....	65
<i>felbamate</i> .....	79	<i>flutamide</i> .....	19	GENTEAL TEARS MODERATE PF	65
<i>felodipine er</i> .....	38	<i>fluticasone propionate</i> .....	71, 104	<i>gentle laxative</i> .....	57
FEMYNOR.....	46	<i>fluvoxamine maleate</i> .....	78	GENVOYA.....	30
<i>fenofibrate</i> .....	37	<i>folic acid</i> .....	95	GILENYA.....	86
<i>fenofibrate micronized</i> .....	37	FOLITAB 500.....	62	GILOTRIF.....	16
<i>fentanyl</i> .....	26	<i>folite</i> .....	95	<i>glatiramer acetate</i> .....	86
<i>fentanyl citrate</i> .....	25	FOLIVANE-F.....	62	GLATOPA.....	86
FERAHEME.....	61	FOLIVANE-PLUS.....	62	<i>glimepiride</i> .....	42
FERATE.....	61	FOLIXAPURE.....	95	<i>glipizide</i> .....	43
FERIVA 21/7.....	61	FOLTABS 800.....	95	<i>glipizide er</i> .....	43
FERIVAF.....	61	FOLTRATE.....	95	<i>glipizide xl</i> .....	43
FEROSUL.....	61	FOLTREXYL.....	95	<i>glipizide-metformin hcl</i> .....	43
FERRALET 90.....	62	<i>fondaparinux sodium</i> .....	60	<i>global alcohol prep ease</i> .....	44
<i>ferraplus 90</i> .....	62	FORTEO.....	52	<i>glycerin (adult)</i> .....	57
<i>ferretts</i> .....	62	<i>fosamprenavir calcium</i> .....	29	<i>glycerin (infants &amp; children)</i> .....	57
FERRLECIT.....	62	<i>fosinopril sodium</i> .....	40	<i>glycerin (pediatric)</i> .....	57
<i>ferrous fumarate</i> .....	62	<i>fosinopril sodium-hctz</i> .....	39	<i>glycerin adult</i> .....	57

<i>glycerin childrens</i> .....	57	<i>gnp miconazole 3</i> .....	59	<i>goodsense stomach relief</i> .....	53
<i>glycopyrrolate</i> .....	54	<i>gnp miconazole 7</i> .....	59	<i>goodsense tussin cf</i> .....	73
GLYDO.....	102	<i>gnp milk of magnesia</i> .....	57	<i>granisetron hcl</i> .....	54
GLYXAMBI.....	43	<i>gnp nasal decongestant</i> .....	73	<i>grape flavor</i> .....	41
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i> .....	27	<i>gnp nasal decongestant pe</i> .....	73	<i>griseofulvin microsize</i> .....	31
<i>gnp 8 hour pain relief</i> .....	27	<i>gnp nasal spray</i> .....	73	<i>griseofulvin ultramicrosize</i> .....	31
<i>gnp 8 hour pain reliever</i> .....	27	<i>gnp nasal spray extra moist</i> .....	73	<i>guaiaatussin ac</i> .....	73
<i>gnp acetaminophen</i> .....	27	<i>gnp nasal spray fast acting</i> .....	73	<i>guaifenesin</i> .....	73
<i>gnp acetaminophen ex st</i> .....	27	<i>gnp natural fiber</i> .....	57	<i>guaifenesin-codeine</i> .....	73
<i>gnp all day allergy</i> .....	68	<i>gnp nicotine</i> .....	86	<i>guaifenesin-dm</i> .....	74
<i>gnp all day allergy childrens</i> .....	68	<i>gnp nicotine mini</i> .....	86	<i>guanfacine hcl</i> .....	40
<i>gnp all day allergy-d</i> .....	73	<i>gnp nicotine polacrilex</i> .....	86	<i>guanfacine hcl er</i> .....	88
<i>gnp allergy</i> .....	69	<i>gnp no drip nasal spray</i> .....	73	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	42
<i>gnp allergy &amp; congestion</i> .....	73	<i>gnp nose drops extra strength</i> .....	73	GVOKE PFS.....	42
<i>gnp allergy antihistamine</i> .....	69	<i>gnp one daily plus iron</i> .....	95	H2Q.....	89
<i>gnp allergy relief</i> .....	69	<i>gnp pain &amp; fever childrens</i> .....	27	HAEGARDA.....	61
<i>gnp allergy/congestion relief</i> .....	73	<i>gnp pain &amp; fever infants</i> .....	27	HAILEY 1.5/30.....	46
<i>gnp antacid &amp; anti-gas</i> .....	53	<i>gnp pain relief</i> .....	27	HAILEY 24 FE.....	46
<i>gnp antacid regular strength</i> .....	53	<i>gnp pain relief extra strength</i> .....	27	<i>halobetasol propionate</i> .....	104
<i>gnp anti-diarrheal</i> .....	53	<i>gnp pediatric electrolyte</i> .....	90	<i>haloperidol</i> .....	83
<i>gnp anti-gas</i> .....	55	<i>gnp petroleum jelly</i> .....	41	<i>haloperidol decanoate</i> .....	83
<i>gnp anti-itch</i> .....	101	<i>gnp pink bismuth</i> .....	53	<i>haloperidol lactate</i> .....	83
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i> .....	105	<i>gnp prenatal</i> .....	95	HARVONI.....	33
<i>gnp arthritis pain relief</i> .....	27	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i> .....	73	HAVRIX.....	23
<i>gnp artificial tears</i> .....	65	<i>gnp senna lax</i> .....	57	HEATHER.....	46
<i>gnp aspirin</i> .....	27	<i>gnp stool softener</i> .....	57	HEMATOGEN.....	62
<i>gnp athletes foot</i> .....	101	<i>gnp stool softener/laxative</i> .....	57	HEMATOGEN FA.....	62
<i>gnp bacitracin zinc</i> .....	102	<i>gnp suphedrin</i> .....	73	HEMATOGEN FORTE.....	62
<i>gnp calcium</i> .....	91	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i> .....	101	HEMOCYTE PLUS.....	62
<i>gnp calcium 500 +d3</i> .....	91	<i>gnp tolnaftate</i> .....	101	HEMOCYTE-F.....	62
<i>gnp calcium citrate +d3</i> .....	91	<i>gnp triple antibiotic</i> .....	102	<i>heparin (porcine) in nacl</i> .....	60
<i>gnp capsaicin</i> .....	105	<i>gnp triple antibiotic plus</i> .....	102	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i> .....	60
<i>gnp childrens allergy</i> .....	69	<i>gnp tussin cf cough &amp; cold</i> .....	73	<i>heparin sodium (porcine)</i> .....	60
<i>gnp childrens complete</i> .....	95	<i>gnp tussin cough long acting</i> .....	73	HEPATAMINE.....	92
<i>gnp childrens ibuprofen</i> .....	24	<i>gnp tussin dm</i> .....	73	HERCEPTIN.....	16
<i>gnp clotrimazole 3</i> .....	59	<i>gnp tussin dm cough</i> .....	73	HERCEPTIN HYLECTA.....	16
<i>gnp co q10</i> .....	89	<i>gnp tussin mucus &amp; chest cong</i> .....	73	HERZUMA.....	16
<i>gnp cough dm er</i> .....	73	<i>gnp vitamin c</i> .....	95	HETLIOZ.....	85
<i>gnp earwax removal drops</i> .....	106	<i>gnp vitamin c drops</i> .....	95	HIBERIX.....	23
<i>gnp earwax removal kit</i> .....	106	<i>gnp vitamin d-400</i> .....	95	HISTEX-AC.....	74
<i>gnp enema</i> .....	57	<i>gnp womens gentle laxative</i> .....	57	<i>hm acetaminophen childrens</i> .....	27
<i>gnp essential one daily</i> .....	95	<i>gnp zinc oxide</i> .....	105	<i>hm adult aspirin</i> .....	27
<i>gnp gas relief</i> .....	55	GOLYTELY.....	57	<i>hm advanced antacid max st</i> .....	53
<i>gnp gas relief extra strength</i> .....	55	GONAK.....	65	<i>hm all day allergy</i> .....	69
<i>gnp gentle laxative</i> .....	57	<i>goodsense all day allergy</i> .....	69	<i>hm all day allergy childrens</i> .....	69
<i>gnp glycerin (adult)</i> .....	57	<i>goodsense aller-ease</i> .....	69	<i>hm allergy &amp; congestion</i> .....	74
<i>gnp glycerin child</i> .....	57	<i>goodsense allergy relief</i> .....	69	<i>hm allergy complete-d</i> .....	74
<i>gnp healthy eyes supervision</i> .....	95	<i>goodsense arthritis pain</i> .....	27	<i>hm allergy relief</i> .....	69
<i>gnp ibuprofen infants</i> .....	24	<i>goodsense aspirin</i> .....	27	<i>hm allergy relief childrens</i> .....	69
<i>gnp ibuprofen junior strength</i> .....	24	<i>goodsense cough dm</i> .....	73	<i>hm allergy relief/nasal decong</i> .....	74
<i>gnp infants pain/fever</i> .....	27	<i>goodsense cough dm childrens</i> .....	73	<i>hm antacid</i> .....	53
<i>gnp iron</i> .....	62	<i>goodsense epsom salt</i> .....	57	<i>hm antacid anti-gas ex st</i> .....	53
<i>gnp laxative</i> .....	57	<i>goodsense ibuprofen childrens</i> .....	24	<i>hm antacid/antigas</i> .....	53
<i>gnp lice treatment</i> .....	104	<i>goodsense ibuprofen infants</i> .....	24	<i>hm anti-diarrheal</i> .....	53
<i>gnp little ones childrens</i> .....	95	<i>goodsense lubricating eye drop</i> .....	65	<i>hm antiseptic skin cleanser</i> .....	105
<i>gnp loratadine</i> .....	69	<i>goodsense nicotine</i> .....	86, 87	<i>hm arthritis pain relief</i> .....	27
<i>gnp loratadine childrens</i> .....	69	<i>goodsense pain &amp; fever child</i> .....	27	<i>hm aspirin</i> .....	27
<i>gnp lubricating plus eye drops</i> .....	65	<i>goodsense pain &amp; fever infants</i> .....	27	<i>hm aspirin ec</i> .....	27
<i>gnp melatonin</i> .....	89	<i>goodsense pain relief</i> .....	27	<i>hm bacitracin zinc</i> .....	102
<i>gnp melatonin maximum strength</i> .....	89	<i>goodsense pain relief extra st</i> .....	27	<i>hm cetirizine hcl</i> .....	69



<i>hm cetirizine hcl childrens</i> .....	69	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INLYTA.....	16
<i>hm coq10</i> .....	89	START.....	21	INQOVI.....	19
<i>hm cough dm</i> .....	74	HUMIRA PEN-PSOR/UEVIT		INREBIC.....	16
<i>hm dry eye relief</i> .....	65	STARTER.....	21	INTEGRA.....	62
<i>hm earwax removal aid</i> .....	106	HUMULIN R U-500		INTEGRA F.....	62
<i>hm earwax removal kit</i> .....	106	(CONCENTRATED).....	44	INTEGRA PLUS.....	62
<i>hm enema</i> .....	57	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	44	INTELENCE.....	29
<i>hm fexofenadine hcl</i> .....	69	HYCODAN.....	74	INTRALIPID.....	92
<i>hm gas relief</i> .....	55	<i>hydralazine hcl</i> .....	40	INTRON A.....	22
<i>hm gas relief infants drops</i> .....	55	<i>hydrochlorothiazide</i> .....	39	INTROVALE.....	46
<i>hm ibuprofen childrens</i> .....	24	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i> .....	74	INVEGA SUSTENNA.....	83
<i>hm ibuprofen ib</i> .....	24	<i>hydrocodone bitartrate er</i> .....	26	INVEGA TRINZA.....	83
<i>hm ibuprofen infants</i> .....	24	<i>hydrocodone-acetaminophen</i> .....	25	INVIRASE.....	29
<i>hm laxative</i> .....	57	<i>hydrocodone-homatropine</i> .....	74	IPOL.....	23
<i>hm lice killing max st</i> .....	104	<i>hydrocodone-ibuprofen</i> .....	25	<i>ipratropium bromide</i> .....	67
<i>hm lice treatment</i> .....	104	<i>hydrocortisone</i> .....	51, 56, 104	<i>ipratropium-albuterol</i> .....	70
<i>hm loratadine</i> .....	69	<i>hydrocortisone (perianal)</i> .....	105	<i>irbesartan</i> .....	36
<i>hm loratadine childrens</i> .....	69	<i>hydromet</i> .....	74	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i> .....	39
<i>hm lubricating plus</i> .....	65	<i>hydromorphone hcl</i> .....	25	IRESSA.....	16
<i>hm lubricating tears</i> .....	65	<i>hydroxocobalamin acetate</i> .....	95	<i>irinotecan hcl</i> .....	20
<i>hm milk of magnesia</i> .....	57	<i>hydroxychloroquine sulfate</i> .....	23	<i>iron</i> .....	62
<i>hm nasal decongestant</i> .....	74	<i>hydroxyurea</i> .....	20	<i>iron chews pediatric</i> .....	62
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i> .....	74	<i>hydroxyzine hcl</i> .....	69	ISENTRESS.....	29
<i>hm nasal decongestant pe</i> .....	74	<i>hydroxyzine pamoate</i> .....	69	ISENTRESS HD.....	29
<i>hm nasal spray</i> .....	74	HYSINGLA ER.....	26	ISIBLOOM.....	46
<i>hm niacin</i> .....	95	<i>ibandronate sodium</i> .....	52	ISOLYTE-P IN D5W.....	89
<i>hm nicotine</i> .....	87	IBRANCE.....	16	ISOLYTE-S.....	89
<i>hm nicotine polacrilex</i> .....	87	IBU.....	24	ISOLYTE-S PH 7.4.....	89
<i>hm nose drops</i> .....	74	<i>ibuprofen</i> .....	24	<i>isoniazid</i> .....	30
<i>hm pain &amp; fever childrens</i> .....	27	<i>ibuprofen childrens</i> .....	24	ISOPTO ATROPINE.....	65
<i>hm pain &amp; fever infants</i> .....	27	<i>ibuprofen infants drops</i> .....	24	ISOPTO TEARS.....	65
<i>hm pain relief</i> .....	28	<i>ibuprofen junior strength</i> .....	24	<i>isosorbide dinitrate</i> .....	41
<i>hm pain relief extra strength</i> .....	28	ICAPS.....	95	<i>isosorbide mononitrate</i> .....	41
<i>hm pain reliever</i> .....	28	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	95	<i>isosorbide mononitrate er</i> .....	41
<i>hm petroleum jelly</i> .....	41	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN.....	95	<i>isotretinoin</i> .....	102
<i>hm povidone-iodine</i> .....	105	<i>icatibant acetate</i> .....	61	<i>isradipine</i> .....	38
<i>hm senna</i> .....	57	ICLEVIA.....	46	<i>itch relief extra strength</i> .....	101
<i>hm sinus nasal spray</i> .....	74	ICLUSIG.....	16	<i>itraconazole</i> .....	31
<i>hm stomach relief</i> .....	53, 54	IDHIFA.....	16	<i>ivermectin</i> .....	32
<i>hm stool softener</i> .....	57	IFEREX 150.....	62	IXIARO.....	23
<i>hm stool softener/laxative</i> .....	57	ILEVRO.....	65	JAKAFI.....	16
<i>hm triple antibiotic</i> .....	103	<i>imatinib mesylate</i> .....	16	JANTOVEN.....	60
<i>hm triple antibiotic max st</i> .....	102	IMBRUVICA.....	16	JANUMET.....	43
<i>hm tussin adult</i> .....	74	<i>imipenem-cilastatin</i> .....	32	JANUMET XR.....	43
<i>hm tussin adult dm</i> .....	74	<i>imipramine hcl</i> .....	81	JANUVIA.....	43
<i>hm vitamin b100 complex</i> .....	95	<i>imiquimod</i> .....	105	JARDIANCE.....	43
<i>hm vitamin b12</i> .....	95	IMOVAX RABIES.....	23	JASMIEL.....	46
<i>hm vitamin b-12 tr</i> .....	95	INCASSIA.....	46	JENTADUETO.....	43
<i>hm vitamin b50 complex</i> .....	95	INCRELEX.....	50	JENTADUETO XR.....	43
<i>hm vitamin c tr</i> .....	95	INCRUSE ELLIPTA.....	67	JINTELI.....	51
<i>hm vitamin e</i> .....	95	<i>indapamide</i> .....	39	JOLESSA.....	46
<i>hm zinc</i> .....	91	INFANRIX.....	23	JULEBER.....	46
HUMIRA.....	21	<i>infants gas relief</i> .....	55	JULUCA.....	31
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>infants ibuprofen</i> .....	24	JUNEL 1.5/30.....	46
START.....	21	<i>infants simethicone</i> .....	55	JUNEL 1/20.....	46
HUMIRA PEN.....	21	INFED.....	62	JUNEL FE 1.5/30.....	46
HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFUVITE ADULT.....	95	JUNEL FE 1/20.....	46
STARTER.....	21	INFUVITE PEDIATRIC.....	95	JUNEL FE 24.....	46
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INGREZZA.....	84	KADCYLA.....	16
START.....	21	INJECTAFER.....	62	KAITLIB FE.....	46

KALYDECO.....	71	LESSINA.....	47	LOMAIRA.....	87
KANJINTI.....	16	letrozole.....	19	LONSURF.....	19
KARIVA.....	47	leucovorin calcium.....	19	loperamide hcl.....	54, 55
kcl in dextrose-nacl.....	89	LEUKERAN.....	15	lopinavir-ritonavir.....	31
KELNOR 1/35.....	47	leuprolide acetate.....	19	loratadine.....	69
KELNOR 1/50.....	47	levabuterol hcl.....	67	loratadine childrens.....	69
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	105	levabuterol tartrate.....	67	loratadine-d 12hr.....	74
ketoconazole.....	31, 101, 103	LEVEMIR.....	44	loratadine-d 24hr.....	74
KETO-DIASTIX.....	50	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	44	lorazepam.....	78
ketorolac tromethamine.....	65	levetiracetam.....	79	LORAZEPAM INTENSOL.....	78
KEYTRUDA.....	16	levetiracetam er.....	79	LORBRENA.....	17
KINRIX.....	23	levetiracetam in nacl.....	79	LORYNA.....	47
KISQALI (200 MG DOSE).....	16	levobunolol hcl.....	63	losartan potassium.....	36
KISQALI (400 MG DOSE).....	16	levocarnitine.....	50	losartan potassium-hctz.....	39
KISQALI (600 MG DOSE).....	16	levocetirizine dihydrochloride.....	69	LOTEMAX.....	65
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	20	levofloxacin.....	35	lovastatin.....	37
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	20	levofloxacin in d5w.....	35	LOW-OGESTREL.....	47
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	20	LEVONEST.....	47	loxapine succinate.....	83
KLOR-CON.....	90	levonorgest-eth est & eth est.....	47	lubricant eye drops.....	65
KLOR-CON 10.....	90	levonorgest-eth estrad 91-day.....	47	lubricating eye drops.....	65
KLOR-CON M10.....	90	levonorgestrel-ethinyl estrad.....	47	lubricating plus eye drops.....	65
KLOR-CON M15.....	90	levonorg-eth estrad triphasic.....	47	LUMAKRAS.....	17
KLOR-CON M20.....	90	LEVORA 0.15/30 (28).....	47	LUMIGAN.....	63
KORLYM.....	50	LEVO-T.....	41	LUMIZYME.....	50
kp ferrous sulfate.....	62	levothyroxine sodium.....	41	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	19
KURVELO.....	47	LEVOXYL.....	41	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	19
KYNMOBI.....	77	LEXIVA.....	29	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	50
labetalol hcl.....	38	lice killing.....	104	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	50
lactated ringers.....	89	lice killing maximum strength.....	104	LUTERA.....	47
lactulose.....	57	lice treatment.....	104	LYLEQ.....	47
lactulose encephalopathy.....	57	lidocaine.....	102	LYLLANA.....	51
lamivudine.....	29, 33	lidocaine hcl.....	29, 102	LYNPARZA.....	17
lamivudine-zidovudine.....	31	lidocaine hcl (pf).....	29	LYSODREN.....	19
lamotrigine.....	79	lidocaine hcl urethral/mucosal.....	102	LYZA.....	47
lamotrigine er.....	79	lidocaine pain relief.....	105	M.V.I. ADULT.....	96
lansoprazole.....	56	lidocaine pain relieving.....	105	M.V.I. PEDIATRIC.....	96
lapatinib ditosylate.....	16	lidocaine viscous hcl.....	100	mag-al plus.....	53
LARIN 1.5/30.....	47	lidocaine-prilocaine.....	102	mag-al plus xs.....	53
LARIN 1/20.....	47	LILLOW.....	47	magdelay.....	91
LARIN 24 FE.....	47	linezolid.....	32	mag-g.....	91
LARIN FE 1.5/30.....	47	linezolid in sodium chloride.....	32	MAGNEBIND 300.....	91
LARIN FE 1/20.....	47	LINZESS.....	55	MAGNEBIND 400.....	91
LARISSIA.....	47	liothyronine sodium.....	41	magnesium.....	91
LASTACFT.....	63	liquid acetaminophen.....	28	magnesium 27.....	91
latanoprost.....	63	liquid allergy relief.....	69	magnesium chloride.....	91
LATUDA.....	83	lisinopril.....	41	magnesium oxide.....	53, 91
laxative max str.....	57	lisinopril-hydrochlorothiazide.....	39	magnesium sulfate.....	89
LAYOLIS FE.....	47	lithium.....	84	magnesium sulfate in d5w.....	89
LEENA.....	47	lithium carbonate.....	85	malathion.....	104
leflunomide.....	23	lithium carbonate er.....	85	manganese chloride.....	91
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	16	l-methylfolate calcium.....	95, 96	mapap.....	28
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	16	l-methylfolate-b6-b12.....	96	mapap arthritis pain.....	28
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	16	l-methyl-mc.....	96	MAPAP CHILDRENS.....	28
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	16	l-methyl-mc nac.....	96	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	74
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	16	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	47	marlissa.....	47
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	16	LOESTRIN 1/20 (21).....	47	MARPLAN.....	81
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	16	LOESTRIN FE 1.5/30.....	47	MATULANE.....	20
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	16	LOESTRIN FE 1/20.....	47	MAVYRET.....	33
		lohist-dm.....	74	MAXIMUM D3.....	96
		LOKELMA.....	42	maxi-tuss ac.....	74

<i>maxi-tuss cd</i> .....	74	MICROGESTIN 1.5/30.....	47	<i>nabumetone</i> .....	25
<i>maxi-tuss g</i> .....	74	MICROGESTIN 1/20.....	47	<i>nadolol</i> .....	38
<i>maxi-tuss gmx</i> .....	74	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	47	<i>nafcillin sodium</i> .....	35
<i>m-clear wc</i> .....	74	MICROGESTIN FE 1/20.....	47	NAGLAZYME.....	50
<i>m-dryl</i> .....	69	<i>midodrine hcl</i> .....	40	<i>nalbuphine hcl</i> .....	25
<i>meclizine hcl</i> .....	54	<i>miglustat</i> .....	50	<i>naloxone hcl</i> .....	87
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 47, 51		MILI.....	47	<i>naltrexone hcl</i> .....	87
<i>mefloquine hcl</i> .....	33	<i>milk of magnesia</i> .....	58	NAMZARIC.....	81
<i>megestrol acetate</i> .....	19, 51	MIMVEY.....	51	NAPHCON-A.....	63
MEKINIST.....	17	MINITRAN.....	41	<i>naproxen</i> .....	25
MEKTOVI.....	17	<i>minocycline hcl</i> .....	36	<i>naproxen sodium</i> .....	25
<i>melatonin</i> .....	41, 89	<i>minoxidil</i> .....	40	<i>naratriptan hcl</i> .....	85
<i>meloxicam</i> .....	25	<i>mintox maximum strength</i> .....	53	NARCAN.....	87
<i>memantine hcl</i> .....	81	MINTOX PLUS.....	53	<i>nasal decongestant</i> .....	75
<i>memantine hcl er</i> .....	81	<i>mirtazapine</i> .....	81	<i>nasal decongestant max st</i> .....	75
MENACTRA.....	23	<i>misoprostol</i> .....	55	<i>nasal decongestant pe</i> .....	75
MENQUADFI.....	23	MITIGARE.....	28	<i>nasal decongestant spray</i> .....	75
MENVEO.....	23	M-M-R II.....	23	<i>nasal four</i> .....	75
MEPHYTON.....	96	<i>m-natal plus</i> .....	90	<i>nasal relief</i> .....	75
<i>mercaptapurine</i> .....	19	<i>moexipril hcl</i> .....	41	<i>nasal spray 12 hour</i> .....	75
<i>meropenem</i> .....	32	<i>molindone hcl</i> .....	83	<i>nasal spray extra moisturizing</i> .....	75
<i>mesalamine</i> .....	56	<i>mometasone furoate</i> .....	104	NASCOBAL.....	96
<i>mesalamine er</i> .....	56	MONDOXYNE NL.....	36	NATACYN.....	64
<i>mesalamine-cleanser</i> .....	56	MONJUVI.....	17	<i>nateglinide</i> .....	43
MESNEX.....	19	MONO-LINYAH.....	47	NATPARA.....	52
METADATE ER.....	88	<i>montelukast sodium</i> .....	71	NAYZILAM.....	79
<i>metformin hcl</i> .....	43	<i>morphine sulfate</i> .....	25	NECON 0.5/35 (28).....	48
<i>metformin hcl er</i> .....	43	<i>morphine sulfate (concentrate)</i> .....	25	<i>nefazodone hcl</i> .....	81
<i>methadone hcl</i> .....	26	<i>morphine sulfate (pf)</i> .....	25	<i>neomycin sulfate</i> .....	32
METHADONE HCL INTENSOL.....	26	<i>morphine sulfate er</i> .....	26	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i> .....	64
<i>methazolamide</i> .....	39	MOVANTIK.....	55	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i> .....	64
<i>methenamine hippurate</i> .....	32	<i>moxifloxacin hcl</i> .....	35, 64	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i> .....	64
<i>methimazole</i> .....	41	<i>m-pap</i> .....	28	<i>neomycin-polymyxin-hc</i> .....	64, 67
<i>methocarbamol</i> .....	77	MUCINEX CHILDRENS STUFFY		NEPHPLEX RX.....	96
<i>methotrexate</i> .....	23	NOSE.....	74	NEPHRON FA.....	62
<i>methotrexate sodium</i> .....	20	MUCINEX FAST-MAX CHEST		NERLYNX.....	17
<i>methotrexate sodium (pf)</i> .....	20	CONG MS.....	74	NEUPRO.....	77
<i>methyl dopa</i> .....	40	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>nevirapine</i> .....	29
<i>methylphenidate hcl</i> .....	88	COOL.....	74	<i>nevirapine er</i> .....	29
<i>methylphenidate hcl er</i> .....	88	<i>mucus &amp; chest congestion</i> .....	74	NEXAVAR.....	17
<i>methylprednisolone</i> .....	51	<i>mucus relief chest congestion</i> .....	74	<i>niacin</i> .....	96
<i>methylprednisolone acetate</i> .....	51	MULTAQ.....	37	<i>niacin er</i> .....	96
<i>methylprednisolone sodium succ</i> ....	51	<i>multiple vitamins essential</i> .....	96	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i> .....	37
<i>metoclopramide hcl</i> .....	54	MULTITRACE-4 NEONATAL.....	93	<i>niacinamide</i> .....	96
<i>metolazone</i> .....	39	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	93	<i>nicardipine hcl</i> .....	38
<i>metoprolol succinate er</i> .....	38	MULTITRACE-5.....	93	NICODERM CQ.....	87
<i>metoprolol tartrate</i> .....	38	<i>multitrace-5 concentrate</i> .....	93	NICOMIDE.....	96
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i> .....	38	<i>multi-vit/iron/fluoride</i> .....	96	<i>nicotine</i> .....	87
<i>metronidazole</i> .....	32, 59, 105	<i>multivitamin/fluoride</i> .....	96	<i>nicotine mini</i> .....	87
<i>metronidazole in nacl</i> .....	32	<i>multivitamin/fluoride/iron</i> .....	96	<i>nicotine polacrilex</i> .....	87
<i>metyrosine</i> .....	40	<i>multi-vitamins</i> .....	96	<i>nicotine step 1</i> .....	87
MI-ACID.....	53	<i>mupirocin</i> .....	103	<i>nicotine step 2</i> .....	87
<i>mi-acid gas relief</i> .....	55	MURO 128.....	65	<i>nicotine step 3</i> .....	87
MIBELAS 24 FE.....	47	MVASI.....	17	NICOTROL.....	87
<i>micafungin sodium</i> .....	31	MVC-FLUORIDE.....	96	NICOTROL NS.....	87
<i>miconazole 3 applicator</i> .....	59	<i>mycophenolate mofetil</i> .....	22	<i>nifedipine er</i> .....	38
<i>miconazole 3 combo-suppl</i> .....	59	<i>mycophenolate sodium</i> .....	22	<i>nifedipine er osmotic release</i> .....	38
<i>miconazole 7</i> .....	59	MYORISAN.....	102	NIFEREX.....	62
<i>miconazole nitrate</i> .....	59, 101	MYRBETRIQ.....	60	NIKKI.....	48
MICRO GUARD.....	101	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i> .....	62	<i>nilutamide</i> .....	19

<i>nimodipine</i> .....	38	<i>nystatin</i> .....	31, 100, 101	<i>pain &amp; fever infants</i> .....	28
NINJACOF-XG.....	75	NYSTOP.....	101	<i>pain relief extra strength</i> .....	28
NINLARO.....	17	OCELLA.....	48	<i>pain relief regular strength</i> .....	28
<i>nitazoxanide</i> .....	32	OCTAGAM.....	22	<i>paliperidone er</i> .....	83, 84
<i>nitisinone</i> .....	50	<i>octreotide acetate</i> .....	50	<i>pamidronate disodium</i> .....	52
NITRO-BID.....	41	OCUVITE ADULT 50+.....	96	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i> .....	96
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i> .....	32	OCUVITE ADULT FORMULA.....	96	PANRETIN.....	105
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i> .....	32	ODEFSEY.....	31	<i>pantoprazole sodium</i> .....	56
<i>nitroglycerin</i> .....	41	ODOMZO.....	17	PANZYGA.....	22
<i>nizatidine</i> .....	52	OFEV.....	71	PARAPLATIN.....	15
<i>no drip nasal spray</i> .....	75	<i>ofloxacin</i> .....	64, 67	<i>paricalcitol</i> .....	42
NORA-BE.....	48	OGIVRI.....	17	<i>paromomycin sulfate</i> .....	32
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i> .....	48	<i>olanzapine</i> .....	83	<i>paroxetine hcl</i> .....	81
<i>norethindrone</i> .....	48	<i>olmesartan medoxomil</i> .....	36	PASER.....	30
<i>norethindrone acetate</i> .....	51	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i> .....	39	PAXIL.....	82
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i> .....	48	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i> .....	39	<i>ped electrolyte freezer pops</i> .....	90
<i>norethindrone-eth estradiol</i> .....	51	<i>olopatadine hcl</i> .....	63	PEDIA-LAX.....	58
<i>norethin-eth estradiol-fe</i> .....	48	<i>omeprazole</i> .....	56	PEDIARIX.....	23
<i>norgestimate-eth estradiol</i> .....	48	OMNIPOD 5 PACK.....	44	<i>pediatric electrolyte</i> .....	90
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i> .....	48	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS....	45	PEDVAX HIB.....	23
NORLYROC.....	48	OMNIPOD STARTER.....	45	<i>peg 3350</i> .....	58
NORPACE CR.....	37	<i>once daily</i> .....	96	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i> .....	58
NORTREL 0.5/35 (28).....	48	<i>once daily/liron</i> .....	96	<i>peg-3350/electrolytes</i> .....	58
NORTREL 1/35 (21).....	48	<i>ondansetron</i> .....	54	PEGASYS.....	33
NORTREL 1/35 (28).....	48	<i>ondansetron hcl</i> .....	54	PEMAZYRE.....	17
NORTREL 7/7/7.....	48	<i>one daily</i> .....	96	<i>penicillamine</i> .....	42
<i>nortriptyline hcl</i> .....	81	ONTRUZANT.....	17	<i>penicillin g pot in dextrose</i> .....	36
NORVIR.....	29	ONUREG.....	20	<i>penicillin g potassium</i> .....	36
<i>norwegian cod liver oil</i> .....	96	OPSUMIT.....	40	<i>penicillin g procaine</i> .....	36
NOVAFERRUM.....	62	ORALYTE.....	90	<i>penicillin g sodium</i> .....	36
NOVAFERRUM 50.....	62	ORALYTE FREEZER POPS.....	90	<i>penicillin v potassium</i> .....	36
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	96	ORA-PLUS.....	41	PENTACEL.....	23
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS.....	62	ORASEP.....	100	<i>pentamidine isethionate</i> .....	32
NOVOLIN 70/30.....	44	ORGOVYX.....	19	<i>pentoxifylline er</i> .....	61
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	44	ORKAMBI.....	71	PENTRAVAN.....	105
NOVOLIN N.....	44	ORSYTHIA.....	48	PENTRAVAN PLUS.....	105
NOVOLIN N FLEXPEN.....	44	OS-CAL.....	92	<i>peptic relief</i> .....	54
NOVOLIN R.....	44	<i>oseltamivir phosphate</i> .....	33	<i>perindopril erbumine</i> .....	41
NOVOLIN R FLEXPEN.....	44	<i>oxacillin sodium</i> .....	36	PERIOGARD.....	100
NOVOLOG.....	44	<i>oxaliplatin</i> .....	15	PERIOMED.....	100
NOVOLOG FLEXPEN.....	44	<i>oxandrolone</i> .....	42	<i>permethrin</i> .....	104
NOVOLOG MIX 70/30.....	44	<i>oxcarbazepine</i> .....	79	<i>perphenazine</i> .....	84
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	44	<i>oxybutynin chloride</i> .....	60	PERSERIS.....	84
NOVOLOG PENFILL.....	44	<i>oxybutynin chloride er</i> .....	60	<i>petrolatum</i> .....	41
NOXAFIL.....	31	<i>oxycodone hcl</i> .....	25, 26	PFIZERPEN.....	36
NUBEQA.....	19	<i>oxycodone-acetaminophen</i> .....	26	<i>pharbedryl</i> .....	69
NUDEXTA.....	85	OXYCONTIN.....	26	PHARBETOL.....	28
NUFERA.....	62	OYSCO 500.....	92	PHARBETOL EXTRA STRENGTH. 28	
NU-IRON.....	62	OYSCO 500+D.....	92	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH 55	
NULOJIX.....	22	<i>oyster shell calcium</i> .....	92	<i>phendimetrazine tartrate</i> .....	87
NULYTELY LEMON-LIME.....	58	<i>oyster shell calcium 500 + d</i> .....	92	<i>phendimetrazine tartrate er</i> .....	87
NU-MAG.....	91	<i>oyster shell calcium w/d</i> .....	92	<i>phenelzine sulfate</i> .....	82
NUPLAZID.....	83	<i>oyster shell calcium/d</i> .....	92	<i>phenobarbital</i> .....	79
NUTRILIPID.....	93	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i> .....	92	<i>phenobarbital sodium</i> .....	79
NYAMYC.....	101	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	43	<i>phentermine hcl</i> .....	87
NYLIA 7/7/7.....	48	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	43	PHENYTEK.....	79
NYMALIZE.....	38	PACERONE.....	37	<i>phenytoin</i> .....	79
NYMYO.....	48	<i>paclitaxel</i> .....	20	<i>phenytoin sodium</i> .....	79
		<i>pain &amp; fever childrens</i> .....	28	<i>phenytoin sodium extended</i> .....	79
				PHESGO.....	17

PHILITH.....	48	PRIFTIN.....	30	<i>qc loratadine-d</i> .....	75
<i>phytonadione</i> .....	96, 97	<i>primaquine phosphate</i> .....	33	<i>qc miconazole 7</i> .....	59
PIFELTRO.....	29	<i>primidone</i> .....	79	<i>qc milk of magnesia</i> .....	58
<i>pilocarpine hcl</i> .....	64, 100	PRIVIGEN.....	22	<i>qc natural vegetable</i> .....	58
<i>pimozide</i> .....	84	<i>probenecid</i> .....	28	<i>qc natural vegetable laxative</i> .....	58
PIMTREA.....	48	PROCALAMINE.....	93	<i>qc non-aspirin childrens</i> .....	28
<i>pindolol</i> .....	38	<i>prochlorperazine</i> .....	54	<i>qc non-aspirin extra strength</i> .....	28
<i>pioglitazone hcl</i> .....	43	<i>prochlorperazine edisylate</i> .....	54	<i>qc pain relief</i> .....	28
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i> .....	36	<i>prochlorperazine maleate</i> .....	54	<i>qc pain relief childrens</i> .....	28
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	17	PROCRIT.....	61	<i>qc pain relief extra strength</i> .....	28
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	17	PROCTO-MED HC.....	105	<i>qc povidone iodine</i> .....	106
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	17	PROCTO-PAK.....	105	<i>qc stool softener</i> .....	58
PIRMELLA 1/35.....	48	PROCTOZONE-HC.....	105	<i>qc stool softener pls laxative</i> .....	58
<i>piroxicam</i> .....	25	PROGRAF.....	22	<i>qc suphedrine maximum strength</i> ....	75
PLASMA-LYTE 148.....	90	PROLASTIN-C.....	71	<i>qc tolinaftate</i> .....	101
PLASMA-LYTE A.....	90	PROLENSA.....	65	<i>qc triple antibiotic max st</i> .....	103
PLENAMINE.....	93	PROLIA.....	52	<i>qc tussin cf</i> .....	75
PLENVU.....	58	PROMACTA.....	61	<i>qc tussin dm cough/congestion</i> .....	75
<i>podofilox</i> .....	105	<i>promethazine hcl</i> .....	54	<i>qc tussin mucus/congestion</i> .....	75
<i>poly vitamin</i> .....	97	<i>promethazine-codeine</i> .....	75	QINLOCK.....	17
<i>polyethylene glycol 3350</i> .....	41	<i>promethazine-dm</i> .....	75	Q-SORB.....	89
<i>polymyxin b-trimethoprim</i> .....	64	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i> ....	75	Q-SORB CO Q-10.....	89
<i>poly-tussin ac</i> .....	75	<i>propafenone hcl</i> .....	37	QSYMIA.....	88
<i>polyvitamin/iron</i> .....	97	<i>propafenone hcl er</i> .....	37	QUADRACEL.....	23
POMALYST.....	20	<i>proparacaine hcl</i> .....	65	<i>quetiapine fumarate</i> .....	84
PORTIA-28.....	48	<i>propranolol hcl</i> .....	38	<i>quetiapine fumarate er</i> .....	84
<i>posaconazole</i> .....	31	<i>propranolol hcl er</i> .....	38	<i>quinapril hcl</i> .....	41
<i>potassium chloride</i> .....	90	<i>propylthiouracil</i> .....	41	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i> .....	39
<i>potassium chloride crys er</i> .....	90	PROQUAD.....	23	<i>quinidine sulfate</i> .....	37
<i>potassium chloride er</i> .....	90	PROSOL.....	93	<i>quinine sulfate</i> .....	33
<i>potassium chloride in dextrose</i> .....	90	<i>protriptyline hcl</i> .....	82	<i>ra balanced b-100</i> .....	97
<i>potassium chloride in nacl</i> .....	90	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i> .....	75	<i>ra balanced b-50</i> .....	97
<i>potassium citrate er</i> .....	60	<i>pseudoephedrine hcl</i> .....	75	<i>ra coenzyme q-10</i> .....	89
<i>povidone-iodine</i> .....	105	<i>pseudoephedrine hcl er</i> .....	75	<i>ra vitamin b-1</i> .....	97
PRALUENT.....	37	PULMICORT FLEXHALER.....	71	<i>ra vitamin b12</i> .....	97
<i>pramipexole dihydrochloride</i> .....	77	PULMOZYME.....	71	<i>ra vitamin c cr</i> .....	97
<i>prasugrel hcl</i> .....	63	<i>purevit dualfe plus</i> .....	63	RABAVERT.....	23
<i>pravastatin sodium</i> .....	37	PURIXAN.....	20	<i>rabeprazole sodium</i> .....	56
<i>praziquantel</i> .....	32	<i>pyrazinamide</i> .....	30	<i>raloxifene hcl</i> .....	50
<i>prazosin hcl</i> .....	37	<i>pyridostigmine bromide</i> .....	85	<i>ramipril</i> .....	41
<i>prednisolone</i> .....	51	<i>pyridoxine hcl</i> .....	97	<i>ranolazine er</i> .....	40
<i>prednisolone acetate</i> .....	65	<i>qc all day allergy</i> .....	70	<i>rasagiline mesylate</i> .....	77
<i>prednisolone sodium phosphate</i> 51, 65		<i>qc antacid</i> .....	53	RAYALDEE.....	42
<i>prednisone</i> .....	51	<i>qc antacid/anti-gas</i> .....	53	RECLIPSEN.....	48
PREDNISONA INTENSOL.....	51	<i>qc anti-diarrheal</i> .....	54	RECOMBIVAX HB.....	23
<i>preferred plus insulin syringe</i> .....	45	<i>qc anti-itch extra strength</i> .....	101	RECTIV.....	106
<i>pregabalin</i> .....	79	<i>qc arthritis pain relief</i> .....	28	<i>reeses pinworm medicine</i> .....	32
<i>pregabalin er</i> .....	85	<i>qc aspirin</i> .....	28	REFRESH.....	66
PREMASOL.....	93	<i>qc calamine</i> .....	106	REFRESH CELLUVISC.....	66
<i>prenatal</i> .....	90, 97	<i>qc childrens allergy</i> .....	70	REFRESH LIQUIGEL.....	66
<i>prenatal vitamin plus low iron</i> .....	90	<i>qc childrens ibuprofen</i> .....	25	REFRESH OPTIVE.....	66
<i>prenatal vitamins</i> .....	97	<i>qc diarrhea relief</i> .....	54	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	66
PRESERVISION AREDS.....	97	<i>qc enema</i> .....	58	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
PRESERVISION AREDS 2.....	97	<i>qc enteric aspirin</i> .....	28	PF.....	66
PRESERVISION/LUTEIN.....	97	<i>qc epsom salt</i> .....	58	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	66
PREVALITE.....	37	<i>qc fexofenadine hydrochloride</i> .....	70	REFRESH OPTIVE PF.....	66
PREVIFEM.....	48	<i>qc fiber laxative</i> .....	58	REFRESH PLUS.....	66
PREVYMIS.....	33	<i>qc gas relief extra strength</i> .....	55	REFRESH RELIEVA.....	66
PREZCOBIX.....	31	<i>qc gentle laxative</i> .....	58	REFRESH TEARS.....	66
PREZISTA.....	29	<i>qc loratadine allergy relief</i> .....	70	REGANEX.....	102

RELENZA DISKHALER.....	33	SAJAZIR.....	61	<i>sm allergy childrens</i> .....	70
RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	45	SANDIMMUNE.....	22	<i>sm allergy relief</i> .....	70
RELISTOR.....	55	SANTYL.....	102	<i>sm animal shapes kids first</i> .....	97
REMEDY ANTIFUNGAL.....	101	<i>sapropterin dihydrochloride</i> .....	50	<i>sm antacid advanced</i> .....	53
REMEDY PHYTOPLEX		<i>sb allergy relief/nasal decong</i> .....	75	<i>sm antacid advanced max st</i> .....	53
ANTIFUNGAL.....	101	<i>sb lice killing max st</i> .....	104	<i>sm antacid maximum strength</i> .....	53
REMICADE.....	21	<i>sb oyster shell calcium</i> .....	92	<i>sm antacid/antigas</i> .....	53
RENAL.....	97	<i>scopolamine</i> .....	54	<i>sm antibiotic</i> .....	103
<i>rena-vite</i> .....	97	SECUADO.....	84	<i>sm anti-diarrheal</i> .....	54
RENFLEXIS.....	21	<i>selegiline hcl</i> .....	77	<i>sm antifungal clotrimazole</i> .....	101
<i>reno caps</i> .....	97	<i>selenious acid</i> .....	93	<i>sm antifungal miconazole</i> .....	101
<i>repaglinide</i> .....	43	<i>selenium sulfide</i> .....	103	<i>sm antifungal tolnaftate</i> .....	101
RESTASIS.....	66	SELZENTRY.....	30	<i>sm anti-itch extra strength</i> .....	101
RESTASIS MULTIDOSE.....	66	SENEXON-S.....	58	<i>sm antiseptic skin cleanser</i> .....	106
RESTORA RX.....	55	<i>senna</i> .....	58	<i>sm arthritis pain relief</i> .....	28
RETEVMO.....	17	<i>senna laxative</i> .....	58	<i>sm aspirin</i> .....	28
REVLIMID.....	20	<i>senna plus</i> .....	58	<i>sm aspirin ec</i> .....	28
REXULTI.....	84	<i>senna s</i> .....	58	<i>sm athletes foot</i> .....	101
REYATAZ.....	29	<i>senna-lax</i> .....	58	<i>sm b100 complex</i> .....	97
REZUROCK.....	22	<i>senna-s</i> .....	58	<i>sm balanced b-50</i> .....	97
RHOPRESSA.....	64	<i>senna-tabs</i> .....	58	<i>sm b-complex</i> .....	97
RIABNI.....	17	<i>senna-time</i> .....	58	<i>sm calamine</i> .....	106
<i>ribavirin</i> .....	33	<i>senna-time s</i> .....	58	<i>sm calamine phenolated</i> .....	106
RID LICE KILLING SHAMPOO.....	104	SENNO.....	58	<i>sm calcium 600/vitamin d</i> .....	92
<i>rifabutin</i> .....	30	SEREVENT DISKUS.....	67	<i>sm calcium citrate w/vit d3</i> .....	92
<i>rifampin</i> .....	30	<i>sertraline hcl</i> .....	82	<i>sm calcium-magnesium-zinc</i> .....	92
<i>riluzole</i> .....	85	<i>se-tan plus</i> .....	63	<i>sm chewable c</i> .....	97
<i>rimantadine hcl</i> .....	33	SETLAKIN.....	48	<i>sm childrens ibuprofen</i> .....	25
RINVOQ.....	21	<i>sevelamer carbonate</i> .....	41	<i>sm childrens loratadine</i> .....	70
<i>risedronate sodium</i> .....	52	SHAROBEL.....	48	<i>sm clotrimazole vaginal</i> .....	59
RISPERDAL CONSTA.....	84	SHINGRIX.....	23	<i>sm coenzyme q-10</i> .....	89
<i>risperidone</i> .....	84	SIGNIFOR.....	50	<i>sm cough dm</i> .....	76
<i>ritonavir</i> .....	29	<i>silace</i> .....	58	<i>sm cough dm childrens</i> .....	76
RITUXAN.....	17	<i>siladryl allergy</i> .....	70	<i>sm ear drops</i> .....	106
RITUXAN HYCELA.....	17	<i>sildenafil citrate</i> .....	40	<i>sm enema</i> .....	58
<i>rivastigmine</i> .....	81	<i>silphen dm cough</i> .....	75	<i>sm fexofenadine hcl</i> .....	70
<i>rivastigmine tartrate</i> .....	81	<i>siltussin das</i> .....	75	<i>sm fiber</i> .....	58, 59
RIVELSA.....	48	<i>siltussin dm das</i> .....	75	<i>sm folic acid</i> .....	97
<i>rizatriptan benzoate</i> .....	85	<i>siltussin sa</i> .....	75	<i>sm gas relief</i> .....	55
<i>robafen cf multi-symptom cold</i> .....	75	<i>siltussin-dm alcohol free</i> .....	76	<i>sm gas relief antifatuent</i> .....	55
ROBAFEN DM CGH/CHEST		<i>silver sulfadiazine</i> .....	103	<i>sm gas relief extra strength</i> .....	55
CONGEST.....	75	SIMBRINZA.....	64	<i>sm gas relief infants</i> .....	55
ROBAFEN DM COUGH.....	75	SIMLIYA.....	48	<i>sm gentle laxative</i> .....	59
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMPESSE.....	48	<i>sm ibuprofen ib</i> .....	25
CONGESTION.....	75	<i>simvastatin</i> .....	37	<i>sm infants ibuprofen</i> .....	25
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH.....	75	<i>sinus 12 hour</i> .....	76	<i>sm iron slow release</i> .....	63
<i>ropinirole hcl</i> .....	77	<i>sinus nasal spray</i> .....	76	<i>sm lice killing max strength</i> .....	104
ROSDAN.....	106	<i>sinus relief extra strength</i> .....	76	<i>sm lice solution kit</i> .....	104
<i>rosuvastatin calcium</i> .....	37	<i>sirolimus</i> .....	22	<i>sm lice treatment</i> .....	104
ROTARIX.....	23	SIRTURO.....	30	<i>sm loratadine</i> .....	70
ROTATEQ.....	23	SIVEXTRO.....	32	<i>sm loratadine allergy relief</i> .....	70
ROWEEPRA.....	79	SKYRIZI.....	21	<i>sm lorata-dine d</i> .....	76
ROZLYTREK.....	17	SKYRIZI (150 MG DOSE).....	21	<i>sm lubricant eye drops</i> .....	66
RUBRACA.....	17	SKYRIZI PEN.....	21	<i>sm lubricating plus</i> .....	66
<i>rufinamide</i> .....	79	<i>slow release iron</i> .....	63	<i>sm lubricating tears</i> .....	66
RUKOBIA.....	29	<i>sm 3-day vaginal</i> .....	59	<i>sm magnesium</i> .....	92
RUXIENCE.....	17	<i>sm 8 hour pain relief</i> .....	28	<i>sm miconazole 3</i> .....	59
RYBELSUS.....	43	<i>sm all day allergy</i> .....	70	<i>sm miconazole 3 applicator</i> .....	59
RYDAPT.....	17	<i>sm all day allergy childrens</i> .....	70	<i>sm miconazole 7</i> .....	59
<i>rynex pse</i> .....	75	<i>sm all day allergy-d</i> .....	76	<i>sm milk of magnesia</i> .....	59

<i>sm multiple vitamins essential</i> .....	97	<i>spironolactone-hctz</i> .....	40	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm multiple vitamins/iron</i> .....	97	SPRINTEC 28.....	48	THERAPY.....	66
<i>sm nasal decongestant max st</i> .....	76	SPRITAM.....	80	SYSTANE PRESERVATIVE FREE	66
<i>sm nasal decongestant pe</i> .....	76	SPRYCEL.....	17	SYSTANE ULTRA.....	66
<i>sm nasal spray</i> .....	76	SPS.....	42	SYSTANE ULTRA PF.....	66
<i>sm nasal spray 12 hour</i> .....	76	SRONYX.....	48	TAB-A-VITE.....	98
<i>sm nasal spray moisturizing</i> .....	76	SSD.....	103	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	98
<i>sm nasal spray sinus</i> .....	76	STELARA.....	21	<i>tab-a-viteliron</i> .....	98
<i>sm nicotine</i> .....	88	<i>sterile water for irrigation</i> .....	102	TABLOID.....	20
<i>sm nicotine polacrilex</i> .....	88	<i>stimulant laxative</i> .....	59	TABRECTA.....	17
<i>sm nose drops nasal decongest</i> .....	76	STIVARGA.....	17	<i>tacrolimus</i> .....	22, 106
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i> .....	92	<i>stomach relief</i> .....	54	TAFINLAR.....	17
<i>sm pain &amp; fever childrens</i> .....	28	<i>stool softener</i> .....	59	TAGRISSE.....	17
<i>sm pain &amp; fever infants</i> .....	28	<i>stool softener laxative</i> .....	59	TALTZ.....	21
<i>sm pain relief</i> .....	28	<i>stool softener plus laxative</i> .....	59	TALZENNA.....	17
<i>sm pain reliever</i> .....	28	<i>streptomycin sulfate</i> .....	32	<i>tamoxifen citrate</i> .....	19
<i>sm pain reliever ex st</i> .....	28	<i>stress formula</i> .....	98	<i>tamsulosin hcl</i> .....	60
<i>sm pediatric electrolyte</i> .....	90	<i>stress formulaliron</i> .....	98	TARGRETIN.....	106
<i>sm povidone-iodine</i> .....	106	STRIBILD.....	31	TARINA 24 FE.....	48
<i>sm senna laxative</i> .....	59	STROVITE FORTE.....	98	TARINA FE 1/20 EQ.....	48
<i>sm senna-s</i> .....	59	STROVITE ONE.....	98	TASIGNA.....	17
<i>sm stomach relief</i> .....	54	SUBVENITE.....	80	<i>tazarotene</i> .....	103
<i>sm stool softener</i> .....	59	<i>sucralfate</i> .....	55	TAZICEF.....	34
<i>sm stool softener/laxative</i> .....	59	SUDOGEST.....	76	TAZORAC.....	103
<i>sm super b complex/c</i> .....	97	<i>sudogest 12 hour</i> .....	76	TAZTIA XT.....	38
<i>sm triple antibiotic</i> .....	103	SUDOGEST MAXIMUM		TAZVERIK.....	17
<i>sm triple antibiotic max st</i> .....	103	STRENGTH.....	76	TDVAX.....	23
<i>sm tussin cf</i> .....	76	<i>sulfacetamide sodium</i> .....	64	TECENTRIQ.....	17
<i>sm tussin cough/chest congest</i> .....	76	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i> .....	102	TEFLARO.....	34
<i>sm tussin dm</i> .....	76	<i>sulfacetamide-prednisolone</i> .....	64	<i>telmisartan</i> .....	36
<i>sm tussin mucus+chest congest</i> .....	76	<i>sulfadiazine</i> .....	32	<i>telmisartan-amlodipine</i> .....	39
<i>sm vit c/rose hips</i> .....	97	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> .....	32	<i>telmisartan-hctz</i> .....	39
<i>sm vitamin b1</i> .....	97	SULFAMYLON.....	103	<i>temazepam</i> .....	85
<i>sm vitamin b-12</i> .....	97	<i>sulfasalazine</i> .....	56	TEMIXYS.....	31
<i>sm vitamin b12 tr</i> .....	97	<i>sulindac</i> .....	25	TENIVAC.....	24
<i>sm vitamin b-6</i> .....	97	<i>sumatriptan</i> .....	85	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i> .....	30
<i>sm vitamin c</i> .....	97, 98	<i>sumatriptan succinate</i> .....	85	TEPMETKO.....	17
<i>sm vitamin c cr</i> .....	97	<i>sumatriptan succinate refill</i> .....	85	<i>terazosin hcl</i> .....	37
<i>sm vitamin d3</i> .....	98	<i>sunitinib malate</i> .....	17	<i>terbinafine hcl</i> .....	31, 101
<i>sm vitamin e</i> .....	98	SUPER NU-THERA.....	98	<i>terbutaline sulfate</i> .....	67
<i>sm zinc gluconate</i> .....	92	SUPER QUINTS B-50.....	98	<i>terconazole</i> .....	60
<i>sodium bicarbonate</i> .....	53	<i>superplex-t</i> .....	98	TESSALON PERLES.....	76
<i>sodium chloride</i> .....	76, 90, 102	<i>suphedrine 12hour</i> .....	76	<i>testosterone</i> .....	42
<i>sodium chloride (hypertonic)</i> .....	66	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	59	<i>testosterone cypionate</i> .....	42
<i>sodium fluoride</i> .....	90	SYEDA.....	48	<i>testosterone enanthate</i> .....	42
<i>sodium phenylbutyrate</i> .....	50	SYMBICORT.....	70	<i>tetrabenazine</i> .....	85
<i>sodium polystyrene sulfonate</i> .....	42	SYMDEKO.....	71	<i>tetracycline hcl</i> .....	36
<i>solifenacin succinate</i> .....	60	SYMJEPI.....	71	THALOMID.....	20
SOLQUA.....	45	SYMPAZAN.....	80	THEO-24.....	71
SOLTAMOX.....	19	SYMTUZA.....	31	<i>theophylline</i> .....	71
SOLU-CORTEF.....	51	SYNAREL.....	50	<i>theophylline er</i> .....	71
SOMATULINE DEPOT.....	50	SYNERCID.....	32	THERA.....	98
SOMAVERT.....	50	SYNJARDY.....	43	THERATEARS.....	66
SOOTHE & COOL INZO		SYNJARDY XR.....	43	THERATEARS PF.....	66
ANTIFUNGAL.....	101	SYNRIBO.....	20	THEREMS.....	98
SORINE.....	37	SYNTHROID.....	42	<i>thiamine hcl</i> .....	98
<i>sotalol hcl</i> .....	37	SYSTANE.....	66	<i>thiamine mononitrate</i> .....	98
<i>sotalol hcl (af)</i> .....	37	SYSTANE BALANCE.....	66	<i>thioridazine hcl</i> .....	84
<i>span c</i> .....	98	SYSTANE COMPLETE.....	66	<i>thiothixene</i> .....	84
<i>spironolactone</i> .....	36			<i>thrivite 19</i> .....	98

TIADYL ER.....	38	TRI-LO-ESTARYLLA.....	49	<i>valproate sodium</i> .....	80
<i>tiagabine hcl</i> .....	80	TRI-LO-MARZIA.....	49	<i>valproic acid</i> .....	80
TIBSOVO.....	18	TRI-LO-MILI.....	49	<i>valsartan</i> .....	36
<i>tigecycline</i> .....	36	TRI-LO-SPRINTEC.....	49	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i> .....	39
TILIA FE.....	48	<i>trimethoprim</i> .....	33	VALTOCO 10 MG DOSE.....	80
<i>timolol maleate</i> .....	38, 64	TRI-MILI.....	49	VALTOCO 15 MG DOSE.....	80
TIVICAY.....	30	<i>trimipramine maleate</i> .....	82	VALTOCO 20 MG DOSE.....	80
TIVICAY PD.....	30	TRINTELLIX.....	82	VALTOCO 5 MG DOSE.....	80
<i>tizanidine hcl</i> .....	77	TRI-NYMYO.....	49	VANADOM.....	77
<i>tl-hem 150</i> .....	63	<i>triphrocaps</i> .....	98	<i>vancomycin hcl</i> .....	33
TOBRADEX.....	64	<i>triple antibiotic</i> .....	103	<i>vancomycin hcl in nacl</i> .....	33
TOBRADEX ST.....	64	<i>triple antibiotic plus</i> .....	103	VANDAZOLE.....	60
<i>tobramycin</i> .....	33, 64	<i>triple antibiotic+pain relief</i> .....	103	VAQTA.....	24
<i>tobramycin sulfate</i> .....	33	TRI-PREVIFEM.....	49	VARIVAX.....	24
<i>tobramycin-dexamethasone</i> .....	64	TRI-SPRINTEC.....	49	VASCEPA.....	37
<i>tolnaftate</i> .....	101	TRIUMEQ.....	31	<i>vegetable lax+stool softener</i> .....	59
<i>tolnaftate antifungal</i> .....	101	<i>tri-vitamin/fluoride</i> .....	98	VELCADE.....	18
<i>tolterodine tartrate</i> .....	60	TRIVORA (28).....	49	VELIVET.....	49
<i>tolterodine tartrate er</i> .....	60	TRI-VYLIBRA.....	49	VELTASSA.....	42
<i>topiramate</i> .....	80	TRI-VYLIBRA LO.....	49	VEMLIDY.....	34
TOPOSAR.....	20	TROGARZO.....	30	VENCLEXTA.....	18
<i>toremifene citrate</i> .....	19	TROPHAMINE.....	93	VENCLEXTA STARTING PACK.....	18
<i>toremide</i> .....	40	<i>tropium chloride</i> .....	60	<i>venlafaxine hcl</i> .....	82
<i>total b/c</i> .....	98	TRULICITY.....	44	<i>venlafaxine hcl er</i> .....	82
TOVIAZ.....	60	TRUMENBA.....	24	VENOFER.....	63
TPN ELECTROLYTES.....	90	TRUSELTIQ (100MG DAILY		VENTAVIS.....	40
TRADJENTA.....	44	DOSE).....	18	VENTOLIN HFA.....	67
TRALEMENT.....	93	TRUSELTIQ (125MG DAILY		<i>verapamil hcl</i> .....	39
<i>tramadol hcl</i> .....	26	DOSE).....	18	<i>verapamil hcl er</i> .....	38
<i>tramadol-acetaminophen</i> .....	26	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	18	VERSACLOZ.....	84
<i>trandolapril</i> .....	41	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	18	VERZENIO.....	18
<i>tranexamic acid</i> .....	61	TRUXIMA.....	18	VESTURA.....	49
<i>tranylcypromine sulfate</i> .....	82	TUKYSA.....	18	V-GO 20.....	45
TRAVASOL.....	93	TURALIO.....	18	V-GO 30.....	45
TRAZIMERA.....	18	TUSNEL C.....	76	V-GO 40.....	45
<i>trazodone hcl</i> .....	82	<i>tusnel diabetic</i> .....	76	VICTOZA.....	44
TRECTOR.....	30	TUSNEL-EX.....	76	VIENVA.....	49
TRELEGY ELLIPTA.....	70	TUSSICAPS.....	76	<i>vigabatrin</i> .....	80
TRELSTAR MIXJECT.....	19	<i>tussin cf</i> .....	76	VIGADRONE.....	80
<i>treprostinil</i> .....	40	<i>tussin cf multi-symptom cold</i> .....	76	VIIBRYD.....	82
TRESIBA.....	45	<i>tussin cough</i> .....	76	VIIBRYD STARTER PACK.....	82
TRESIBA FLEXTOUCH.....	45	<i>tussin dm</i> .....	76, 77	VIMPAT.....	80
<i>tretinoin</i> .....	20, 102	<i>tussin dm cough + chest</i> .....	76	<i>vincristine sulfate</i> .....	20
<i>triamcinolone acetonide</i> .....	100, 104	<i>tussin dm max</i> .....	76	<i>vinorelbine tartrate</i> .....	20
<i>triamterene-hctz</i> .....	40	<i>tussin mucus &amp; chest congest</i> .....	77	<i>viorele</i> .....	49
<i>tri-buffered aspirin</i> .....	28	<i>tussin mucus+chest congestion</i> .....	77	VIRACEPT.....	30
TRICARE.....	90	<i>tussin multi-symptom cold cf</i> .....	77	VIREAD.....	30
TRICON.....	63	TWINRIX.....	24	<i>virt-caps</i> .....	98
TRIDERM.....	104	TYBOST.....	30	VIRT-GARD.....	98
<i>trientine hcl</i> .....	42	TYDEMY.....	49	<i>virtussin alc</i> .....	77
TRI-ESTARYLLA.....	48	TYPHIM VI.....	24	<i>virtussin ac w/alc</i> .....	77
TRIFERIC.....	63	UBRELVY.....	85	<i>virtussin dac</i> .....	77
<i>trifluoperazine hcl</i> .....	84	UDAMIN SP.....	98	<i>vita-bee/c</i> .....	98
<i>trifluridine</i> .....	64	UKONIQ.....	18	VITAFOL.....	98
<i>trigels-f forte</i> .....	63	<i>ultra lubricating eye drops</i> .....	66	VITAL-D RX.....	98
<i>trihexyphenidyl hcl</i> .....	77	UNITHROID.....	42	<i>vitamin a</i> .....	98
TRIJARDY XR.....	44	<i>ursodiol</i> .....	55	<i>vitamin b-1</i> .....	98
TRIKAFTA.....	71	<i>valacyclovir hcl</i> .....	33	<i>vitamin b-12</i> .....	98, 99
TRI-LEGEST FE.....	48	VALCHLOR.....	106	<i>vitamin b-12 er</i> .....	98
TRI-LINYAH.....	48	<i>valganciclovir hcl</i> .....	34	<i>vitamin b12 tr</i> .....	99



<i>vitamin b-6</i> .....	99	XTANDI.....	19
<i>vitamin c</i> .....	99	XULANE.....	49
<i>vitamin c er</i> .....	99	XULTOPHY.....	45
<i>vitamin c rose hips tr</i> .....	99	XYREM.....	86
<i>vitamin c-rose hips er</i> .....	99	YF-VAX.....	24
<i>vitamin c-rose hips tr</i> .....	99	<i>yl coenzyme q10</i> .....	89
<i>vitamin d</i> .....	99	YUVAFEM.....	51
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i> .....	99	ZAFEMY.....	49
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i> .....	99	<i>zafirlukast</i> .....	72
<i>vitamin d3</i> .....	99	<i>zaleplon</i> .....	85
<i>vitamin e</i> .....	99	ZARAH.....	49
<i>vitamin k1</i> .....	99	ZARXIO.....	61
<i>vitamins acd-fluoride</i> .....	99	ZEASORB-AF.....	101
<i>vitamins for hair</i> .....	99	ZEJULA.....	18
VITRAKVI.....	18	ZELBORAF.....	18
VITREXYL.....	99	ZEMAIRA.....	71
VITREXYL + IRON.....	99	ZENATANE.....	102
VIVITROL.....	88	ZENPEP.....	56
VIZIMPRO.....	18	ZERVIAE.....	63
<i>voriconazole</i> .....	31	<i>zidovudine</i> .....	30
VOSEVI.....	34	<i>zinc</i> .....	92
VOTRIENT.....	18	<i>zinc chloride</i> .....	93
<i>vp-vite rx</i> .....	99	<i>zinc gluconate</i> .....	92
VRAYLAR.....	84	<i>zinc oxide</i> .....	106
VYFEMLA.....	49	<i>zinc sulfate</i> .....	92
VYLIBRA.....	49	<i>ziprasidone hcl</i> .....	84
VYZULTA.....	64	<i>ziprasidone mesylate</i> .....	84
<i>warfarin sodium</i> .....	60	ZIRABEV.....	18
<i>wee care</i> .....	63	ZIRGAN.....	64
WERA.....	49	<i>zoledronic acid</i> .....	52
<i>westab mini</i> .....	99	ZOLINZA.....	18
<i>womens laxative</i> .....	59	<i>zolmitriptan</i> .....	85
WYMZYA FE.....	49	<i>zolpidem tartrate</i> .....	85
XALKORI.....	18	<i>zonisamide</i> .....	80
XARELTO.....	61	<i>zoo friends</i> .....	100
XARELTO STARTER PACK.....	61	<i>zoo friends complete</i> .....	100
XATMEP.....	23	<i>zoo friends gummies</i> .....	100
XCOPRI.....	80	ZORTRESS.....	22
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....	80	ZOSTRIX HP.....	106
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....	80	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XELJANZ.....	21	.....	106
XELJANZ XR.....	21	ZOVIA 1/35 (28).....	49
XENICAL.....	50	ZUMANDIMINE.....	49
XERAC AC.....	106	ZYDELIG.....	18
XERMELO.....	55	ZYKADIA.....	18
XGEVA.....	52	ZYLET.....	64
XIFAXAN.....	55	ZYPREXA RELPREVV.....	84
XIGDUO XR.....	44		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	34		
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	34		
XOLAIR.....	71		
XOSPATA.....	18		
XPOVIO (100 MG ONCE			
WEEKLY).....	18		
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..	18		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	18		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..	18		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	18		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..	18		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	18		

## Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid) 2022 Formulário: Lista de medicamentos cobertos

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página [www.nhpri.org/INTEGRITY](http://www.nhpri.org/INTEGRITY). Não fizemos alterações neste formulário desde 05/10/2021.

H9576\_PhmdrugList22 Approved 08/26/2021



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