



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 um mensageiro. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 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.



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	135

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.

A. Isenção de Responsabilidade

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

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

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

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

B. Perguntas Frequentes (FAQ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quando estas alterações acontecerem, iremos:

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

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

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

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

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

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

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

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas **15-134**. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicámos documentos online que explicam a nossa autorização prévia e terapia por etapas. Também pode solicitar-nos o envio de uma cópia.

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

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

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

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

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

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

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

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

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

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a secção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página **135**.

Para pesquisar **por condição médica**, localize a secção “Lista de Medicamentos por Condição Médica” na página **15**. 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 a categoria Cardiovasculares. É aqui que encontrará medicamentos que tratam problemas cardíacos.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

B11. Como é que posso pedir uma exceção?

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

B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

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

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

B13. O que são medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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

B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns produtos OTC não medicamentosos quando prescritos pelo seu 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 135. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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



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

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

C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

Data Efetiva: 1/1/2022

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

LENTA

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (63 per 28 days); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 28 days); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG - UT/13.4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Agentes Antineoplásicos Hormonais		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 2	PA; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0, Nível 1	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nível 2	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
exemestane oral tablet 25 mg	\$0, Nível 1	
flutamide oral capsule 125 mg	\$0, Nível 1	
fulvestrant intramuscular solution 250 mg/5ml	\$0, Nível 2	B/D; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0, Nível 1	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	\$0, Nível 1	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 2	
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0, Nível 2	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0, Nível 2	NDS
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
toremifene citrate oral tablet 60 mg	\$0, Nível 2	NDS
TRELSTAR MIXJECT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 11.25 MG, 3.75 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Agentes De Proteção		
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	\$0, Nível 1	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	B/D

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
Antimetabólitos		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0, Nível 2	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (70 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (91 per 28 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (49 per 28 days); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nível 2	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
Imunomoduladores		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
Inibidores Mitóticos		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (1 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
Imunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Imunossupressores		
azathioprine oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	B/D

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml	\$0, Nível 1	B/D
cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	B/D
cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml	\$0, Nível 1	B/D
cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	B/D
everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg	\$0, Nível 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg	\$0, Nível 1	B/D
mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml	\$0, Nível 2	B/D; NDS
mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg	\$0, Nível 1	B/D
mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg	\$0, Nível 1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
sirolimus oral solution 1 mg/ml	\$0, Nível 2	B/D; NDS
sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nível 1	B/D
tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Medicamentos Anti-Reumáicos Modificadores De Doenças (Dmards)		
hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	
leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
methotrexate oral tablet 2.5 mg	\$0, Nível 1	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
Vacinas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
bcg vaccine injection injectable	\$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
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 , 5-2.5-18.5 (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nível 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0, Nível 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0, Nível 2	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0, Nível 2	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0, Nível 2	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0, Nível 2	
IPOVIRUS INJECTION INJECTABLE	\$0, Nível 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION , INJECTION 0.5 ML	\$0, Nível 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	B/D
RECOMBIV/AX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0, Nível 2	B/D
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0, Nível 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nível 2	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0, Nível 2	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0, Nível 2	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0, Nível 2	
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
celecoxib oral capsule 100 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
celecoxib oral capsule 200 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
celecoxib oral capsule 50 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	\$0, Nível 1	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 1	
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0, Nível 1	
ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0, Nível 1	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	
gnp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$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
gnp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
gnp ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
hm ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 1	
ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
ibuprofen infants drops suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
ibuprofen junior strength tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0, Nível 1	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0, Nível 1	
infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0, Nível 1	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0, Nível 1	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
qc childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm ibuprofen ib tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
sm infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0, Nível 1	
Analgéxico De Opioides De Curta Duração		
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0, Nível 1	QL (400 per 30 days)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml	\$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)
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml	\$0, Nível 1	QL (600 per 30 days)
hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nível 2	B/D
morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nível 2	B/D
morphine sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nível 2	B/D
morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml	\$0, Nível 2	
oxycodone hcl oral capsule 5 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
tramadol hcl oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	\$0, Nível 1	PA; QL (4 per 28 days)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	\$0, Nível 1	PA; QL (10 per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	PA; QL (450 per 30 days)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Diversos		
8 hour arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
8 hr arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
8hr muscle aches & pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen childrens solution 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen suppository 120 mg rectal 120 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen suppository 650 mg rectal 650 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
acetaminophen tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nível 3	DP
arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
arthritis pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
aspirin suppository 600 mg rectal 600 mg	\$0, Nível 3	DP
aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE TABLET DELAYED RELEASE 81 MG ORAL 81 MG	\$0, Nível 3	DP
childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
ed-apap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL ADULTS SUPPOSITORY 650 MG RECTAL 650 MG	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL CHILDRENS SUPPOSITORY 120 MG RECTAL 120 MG	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL INFANTS SUPPOSITORY 80 MG RECTAL 80 MG	\$0, Nível 3	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH SUPPOSITORY 325 MG RECTAL 325 MG	\$0, Nível 3	DP
gnp 8 hour arthritis relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp acetaminophen ex st tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp acetaminophen tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp pain relief tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense pain & fever child suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense pain relief extra st tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense pain relief tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
hm acetaminophen childrens tablet chewable 160 mg oral 160 mg	\$0, Nível 3	DP
hm adult aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
hm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
hm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
hm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
hm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
hm pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
hm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
liquid acetaminophen liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
mapap arthritis pain tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
mapap capsule 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 160 MG ORAL 160 MG	\$0, Nível 3	DP
MAPAP CHILDRENS TABLET CHEWABLE 80 MG ORAL 80 MG	\$0, Nível 3	DP
m-pap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$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>pain relief regular strength tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL TABLET 325 MG ORAL 325 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc enteric aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0, Nível 1	B/D

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml	\$0, Nível 1	
abacavir sulfate oral tablet 300 mg	\$0, Nível 1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	NDS
efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
efavirenz oral tablet 600 mg	\$0, Nível 1	
emtricitabine oral capsule 200 mg	\$0, Nível 1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0, Nível 2	NDS
fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg	\$0, Nível 2	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0, Nível 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nível 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0, Nível 2	
lamivudine oral solution 10 mg/ml	\$0, Nível 1	
lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nível 2	
nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg	\$0, Nível 1	
nevirapine oral suspension 50 mg/5ml	\$0, Nível 1	
nevirapine oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nível 2	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, Nível 2	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (400 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0, Nível 2	QL (480 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0, Nível 2	NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nível 2	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0, Nível 2	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
Agentes Antituberculares		
cycloserine oral capsule 250 mg	\$0, Nível 2	NDS
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0, Nível 1	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	\$0, Nível 1	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0, Nível 1	
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0, Nível 1	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	\$0, Nível 1	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$0, Nível 1	
abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg	\$0, Nível 2	NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0, Nível 2	NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0, Nível 2	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0, Nível 2	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
AMBIHOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	PA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ketoconazole oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	PA
micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (630 per 30 days); NDS
nystatin oral tablet 500000 unit	\$0, Nível 1	
posaconazole oral tablet delayed release 100 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (93 per 30 days); NDS
terbinafine hcl oral tablet 250 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 365 days)
voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg	\$0, Nível 2	PA; NDS
voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml	\$0, Nível 2	PA; NDS
voriconazole oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
voriconazole oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
Anti-Infecciosos – Diversos		
albendazole oral tablet 200 mg	\$0, Nível 2	NDS
amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml	\$0, Nível 1	
atovaquone oral suspension 750 mg/5ml	\$0, Nível 1	
aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0, Nível 1	
clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml	\$0, Nível 1	
clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml	\$0, Nível 1	
clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%	\$0, Nível 2	
clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml	\$0, Nível 1	
colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg	\$0, Nível 1	
dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	
daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg	\$0, Nível 2	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	QL (12 per 365 days); NDS
ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm	\$0, Nível 1	
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-%	\$0, Nível 1	
gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0, Nível 1	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	QL (1800 per 30 days); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (6 per 30 days); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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 sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (80 per 180 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (160 per 180 days)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG</i>	\$0, Nível 2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML</i>	\$0, Nível 2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG</i>	\$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)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml	\$0, Nível 1	QL (1080 per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/0.5ML, 180 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0, Nível 2	QL (120 per 365 days)
ribavirin oral capsule 200 mg	\$0, Nível 1	
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	\$0, Nível 1	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	\$0, Nível 2	NDS
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	\$0, Nível 1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
Cefalosporinas		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg	\$0, Nível 2	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml	\$0, Nível 1	
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0, Nível 1	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	\$0, Nível 1	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg	\$0, Nível 1	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	\$0, Nível 1	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%	\$0, Nível 2	
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0, Nível 1	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nível 1	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0, Nível 1	
cefoxitin sodium injection solution reconstituted 10 gm	\$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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0, Nível 2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 6 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 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 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0, Nível 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM	\$0, Nível 1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0, Nível 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	

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
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	\$0, Nível 1	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	\$0, Nível 1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0, Nível 2	NDS
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0, Nível 1	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml	\$0, Nível 2	
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	\$0, Nível 1	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml	\$0, Nível 2	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	\$0, Nível 1	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nível 1	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0, Nível 1	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm	\$0, Nível 1	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 1	
doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg	\$0, Nível 1	
doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>doxycycline hydiate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
MONDOXYNE NL ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nível 1	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Diversos		
cholestyramine light oral packet 4 gm	\$0, Nível 1	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	\$0, Nível 1	
cholestyramine oral packet 4 gm	\$0, Nível 1	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	\$0, Nível 1	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	\$0, Nível 1	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	\$0, Nível 1	
colestipol hcl oral granules 5 gm	\$0, Nível 1	
colestipol hcl oral packet 5 gm	\$0, Nível 1	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	\$0, Nível 1	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0, Nível 1	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0, Nível 2	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 1	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0, Nível 1	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0, Nível 2	
Antilipêmicos, Fibratos		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0, Nível 1	
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	\$0, Nível 1	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0, Nível 1	

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0, Nível 1	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0, Nível 1	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0, Nível 1	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0, Nível 1	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0, Nível 1	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0, Nível 1	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0, Nível 1	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0, Nível 1	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0, Nível 1	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0, Nível 1	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0, Nível 1	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0, Nível 1	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina II		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0, Nível 2	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg	\$0, Nível 1	
olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
olmesartan-amldipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
telmisartan-amldipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Combinações De Inibidores Ace		
amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg	\$0, Nível 1	
enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg	\$0, Nível 1	
fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg	\$0, Nível 1	
lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0, Nível 1	
quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg	\$0, Nível 1	
Diuréticos		
acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg	\$0, Nível 1	
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0, Nível 1	
amiloride hcl oral tablet 5 mg	\$0, Nível 1	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0, Nível 1	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0, Nível 1	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nível 1	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	\$0, Nível 1	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0, Nível 1	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0, Nível 1	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	\$0, Nível 1	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	\$0, Nível 1	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0, Nível 1	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0, Nível 1	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	\$0, Nível 1	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0, Nível 2	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	\$0, Nível 1	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	\$0, Nível 1	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0, Nível 2	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0, Nível 1	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 2	PA
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0, Nível 2	PA; NDS
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0, Nível 1	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
bosentan oral tablet 125 mg	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
bosentan oral tablet 62.5 mg	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
sildenafil citrate oral tablet 20 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Inibidores Ace		
benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	
lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	
perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	
quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0, Nível 1	
Nitratos		
isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg	\$0, Nível 1	
isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
MINITRAN TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.1 MG/HR, 0.2 MG/HR, 0.4 MG/HR, 0.6 MG/HR	\$0, Nível 1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0, Nível 2	
nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg	\$0, Nível 1	
nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr	\$0, Nível 1	
nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray	\$0, Nível 1	
DIVERSOS		
Diversos		
gnp petroleum jelly gel	\$0, Nível 3	DP
grape flavor liquid (otc)	\$0, Nível 3	DP
hm petroleum jelly gel	\$0, Nível 3	DP
melatonin liquid 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (540 per 30 days)
Agentes Da Tiroide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0, Nível 1	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 2	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
GVOKE HYPOOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS

LENTA

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
glipizide oral tablet 5 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
metformin hcl oral tablet 1000 mg	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
metformin hcl oral tablet 500 mg	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
metformin hcl oral tablet 850 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0, Nível 2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (3 per 28 days)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
repaglinide oral tablet 2 mg	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10.5-1000 MG, 25.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Antidiavéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
cvs gauze sterile pad 2"x2"	\$0, Nível 2	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0, Nível 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
global alcohol prep ease pad 70 %	\$0, Nível 2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0, Nível 2	NDS
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 365 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0, Nível 2	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0, Nível 2	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
V-GO 20 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0, Nível 2	QL (15 per 30 days)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
BEKYREE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0, Nível 1	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
CAZIANT ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nível 1	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYCLAFEM 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYCLAFEM 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg	\$0, Nível 1	
drospirenen-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg	\$0, Nível 1	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0, Nível 1	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nível 2	

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

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

LENTA

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0, Nível 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nível 1	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0, Nível 1	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nível 1	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0, Nível 1	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
CARBAGLU ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0, Nível 2	LA; NDS
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 12 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XENICAL CAPSULE 120 MG ORAL 120 MG	\$0, Nível 3	DP
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
Estrogénios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0, Nível 1	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0, Nível 2	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0, Nível 2	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0, Nível 2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0, Nível 2	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0, Nível 1	
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0, Nível 2	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0, Nível 1	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0, Nível 1	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0, Nível 1	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0, Nível 1	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0, Nível 1	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0, Nível 1	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0, Nível 1	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	\$0, Nível 1	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	B/D

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0, Nível 1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0, Nível 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted 30 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0, Nível 1	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
<i>famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0, Nível 1	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML ORAL 400-400-40 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
alum & mag hydroxide-simeth suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
alum & mag hydroxide-simeth suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
alumina-magnesia-simethicone suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
aluminum hydroxide gel suspension 320 mg/5ml oral 320 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid anti-gas max strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid fast relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid plus anti-gas fast act suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid plus anti-gas relief suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid plus anti-gas relief suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp antacid & anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp antacid & anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp antacid regular strength suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm advanced antacid max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm antacid anti-gas ex st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium oxide tablet 420 mg oral 420 mg	\$0, Nível 3	DP
MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL 200-200-20 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL 200-200-25 MG	\$0, Nível 3	DP
qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm antacid advanced suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm antacid maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sodium bicarbonate powder oral (otc)	\$0, Nível 3	DP
Antidiarreicos		
anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
bismatrol tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp pink bismuth tablet 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
hm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
hm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
hm stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hm stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml	\$0, Nível 3	DP
hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
loperamide hcl tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
peptic relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
qc anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
qc anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
qc diarrhea relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
sm anti-diarrheal capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
sm anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
sm stomach relief tablet 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
sm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
stomach relief suspension 525 mg/30ml oral 525 mg/30ml	\$0, Nível 3	DP
stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
Antieméticos		
aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0, Nível 1	
dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	B/D; QL (60 per 30 days)
granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0, Nível 1	
granisetron hcl oral tablet 1 mg	\$0, Nível 1	B/D
meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nível 2	
metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml	\$0, Nível 1	
metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml	\$0, Nível 1	
ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml	\$0, Nível 1	B/D
ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	B/D
ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	B/D
prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml	\$0, Nível 1	
prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
prochlorperazine rectal suppository 25 mg	\$0, Nível 1	
promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0, Nível 2	PA

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>gas relief drops infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength tablet chewable 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief ultra strength capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas capsule 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief infants drops suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants gas relief suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants simethicone suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>mi-acid gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH CAPSULE 250 MG ORAL 250 MG	\$0, Nível 3	DP
qc gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg	\$0, Nível 3	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RESTORA RX CAPSULE 60-1.25 MG ORAL 60-1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
sm gas relief antiflatulent capsule 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
sm gas relief extra strength capsule 125 mg oral 125 mg	\$0, Nível 3	DP
sm gas relief infants suspension 20 mg/0.3ml oral 20 mg/0.3ml	\$0, Nível 3	DP
sm gas relief tablet chewable 125 mg oral 125 mg	\$0, Nível 3	DP
sm gas relief tablet chewable 80 mg oral 80 mg	\$0, Nível 3	DP
sucralfate oral tablet 1 gm	\$0, Nível 1	
ursodiol oral capsule 300 mg	\$0, Nível 1	
ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
balsalazide disodium oral capsule 750 mg	\$0, Nível 1	
budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg	\$0, Nível 2	PA; NDS
budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg	\$0, Nível 1	PA
hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml	\$0, Nível 1	
mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
mesalamine oral capsule delayed release 400 mg	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
mesalamine rectal enema 4 gm	\$0, Nível 1	
mesalamine rectal suppository 1000 mg	\$0, Nível 1	
mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm	\$0, Nível 1	
sulfasalazine oral tablet 500 mg	\$0, Nível 1	
sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg	\$0, Nível 1	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0, Nível 2	

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
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0, Nível 2	
Inibidores Da Bomba De Protões		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bisacodyl suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>docu liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate calcium capsule 240 mg oral 240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate mini enema 283 mg/5ml rectal 283 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium capsule 250 mg oral (otc) 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>DOK CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>enema ready-to-use enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL 20-283 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber laxative tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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-lax tablet 625 mg oral 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FLEET ENEMA ENEMA 7-19 GM/118ML RECTAL 7-19 GM/118ML	\$0, Nível 3	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nível 1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (adult) suppository 2 gm rectal 2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (pediatric) suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin adult suppository 2 gm rectal 2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin childrens suppository 1 gm rectal 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp enema enema rectal</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin (adult) suppository 2.1 gm rectal 2.1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal 1.2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber capsule 0.52 gm oral 0.52 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp senna lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener capsule 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp womens gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 2	
<i>goodsense epsom salt granules oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
hm senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
hm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
hm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
laxative max str tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
milk of magnesia suspension 2400 mg/30ml oral 2400 mg/30ml	\$0, Nível 3	DP
milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
milk of magnesia suspension 7.75 % oral 7.75 %	\$0, Nível 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nível 2	
PEDIA-LAX LIQUID 50 MG/15ML ORAL 50 MG/15ML	\$0, Nível 3	DP
PEDIA-LAX SUPPOSITORY 1 GM RECTAL 1 GM	\$0, Nível 3	DP
peg 3350 packet 17 gm oral 17 gm	\$0, Nível 3	DP
peg 3350 powder 17 gm/scoop oral 17 gm/scoop	\$0, Nível 3	DP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	\$0, Nível 1	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	\$0, Nível 1	
PLENU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nível 2	
qc enema enema 16-6 gm/133ml rectal 16-6 gm/133ml	\$0, Nível 3	DP
qc epsom salt granules oral	\$0, Nível 3	DP
qc fiber laxative capsule 0.52 gm oral 0.52 gm	\$0, Nível 3	DP
qc gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nível 3	DP
qc milk of magnesia suspension 400 mg/5ml oral 400 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc natural vegetable laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
qc natural vegetable powder 95 % oral 95 %	\$0, Nível 3	DP
qc stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
qc stool softener pls laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
SENEXON-S TABLET 8.6-50 MG ORAL 8.6-50 MG	\$0, Nível 3	DP
senna capsule 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
senna liquid 8.8 mg/5ml oral 8.8 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
senna plus tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
senna s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc) 8.8 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
senna-lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
senna-tabs tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
senna-time s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
senna-time tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
SENNO TABLET 8.6 MG ORAL 8.6 MG	\$0, Nível 3	DP
silace liquid 150 mg/15ml oral 150 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
silace syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
sm enema enema 7-19 gm/118ml rectal 7-19 gm/118ml	\$0, Nível 3	DP
sm fiber powder 28.3 % oral 28.3 %	\$0, Nível 3	DP
sm fiber powder 48.57 % oral 48.57 %	\$0, Nível 3	DP
sm fiber powder 58.6 % oral 58.6 %	\$0, Nível 3	DP
sm fiber tablet 625 mg oral 625 mg	\$0, Nível 3	DP
sm gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
sm milk of magnesia suspension 1200 mg/15ml oral 1200 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
sm senna laxative tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
sm senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
sm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
sm stool softener/laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
stimulant laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
stool softener laxative capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
stool softener laxative capsule 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
stool softener plus laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nível 2	
vegetable lax+stool softener tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
womens laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (60 per 30 days)
<i>TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0, Nível 1	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG</i>	\$0, Nível 1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0, Nível 2	QL (51 per 30 days)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (24 per 30 days); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (20 per 30 days); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0, Nível 1	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Ferro		
<i>active fe tablet 75-1.25 mg oral 75-1.25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
CHROMAGEN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
CORVITA 150 TABLET 150-1.25 MG ORAL 150-1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
CORVITE 150 TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>corvite fe tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS 510 MG/17ML	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL 240 (27 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
FERIVA 21/7 TABLET 75-1 MG ORAL 75-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FERIVAF A CAPSULE 110-1 MG ORAL 110-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
FERRALET 90 TABLET 90-1 MG ORAL 90-1 MG	\$0, Nível 3	DP
ferraplus 90 tablet 90-1 mg oral 90-1 mg	\$0, Nível 3	DP
ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral 325 (106 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
FERRLECIT SOLUTION 12.5 MG/ML INTRAVENOUS 12.5 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral 324 (106 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral 324 (37.5 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral 324 (38 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
ferrous sulfate elixir 220 (44 fe) mg/5ml oral 220 (44 fe) mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral 324 (65 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105- 500-0.8 MG ORAL 105-500-0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL 65-65-25- 30 MG	\$0, Nível 3	DP
FUSION PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
grp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral 142 (45 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN CAPSULE ORAL (RX)	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FA CAPSULE 200-250-0.01-1 MG ORAL 200-250-0.01-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FORTE CAPSULE 460-60-0.01-1 MG ORAL (RX) 460-60-0.01-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE PLUS CAPSULE 106-1 MG ORAL 106-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE-F TABLET 324-1 MG ORAL 324-1 MG	\$0, Nível 3	DP
IFEREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
INFED SOLUTION 50 MG/ML INJECTION 50 MG/ML	\$0, Nível 3	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INJECTAFER SOLUTION 750 MG/15ML INTRAVENOUS 750 MG/15ML	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG ORAL 62.5-62.5-40-3 MG	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA F CAPSULE 125-1 MG ORAL 125-1 MG	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA PLUS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>iron chews pediatric tablet chewable 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron tablet 240 (27 fe) mg oral 240 (27 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>kp ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous 12.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
NEPHRON FA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NIFEREX TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM 50 CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM LIQUID 125 MG/5ML ORAL 125 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS LIQUID 15 MG/ML ORAL 15 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
NUFERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>purevit dualfe plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>se-tan plus capsule 162-115.2-1 mg oral 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral 47.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral 160 (50 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tl-hem 150 tablet 150-1 mg oral 150-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
TRICON CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
TRIFERIC PACKET 272 MG HEMODIALYSIS 272 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>trigels-f forte capsule 460-60-0.01-1 mg oral 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS 20 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>wee care suspension 15 mg/1.25ml oral 15 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	\$0, Nível 1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0, Nível 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	
LASTACRAFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nível 2	
NAPHCON-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC 0.025-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZERVIA TE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nível 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nível 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0, Nível 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0, Nível 2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0, Nível 2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0, Nível 1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0, Nível 2	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %, 0.5 % (daily)</i>	\$0, Nível 1	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infeccioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0, Nível 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0, Nível 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0, Nível 2	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infecciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nível 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0, Nível 2	

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0, Nível 2	
bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %	\$0, Nível 1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0, Nível 2	
dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %	\$0, Nível 1	
diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %	\$0, Nível 1	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0, Nível 2	
fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %	\$0, Nível 1	
flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %	\$0, Nível 1	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0, Nível 2	
ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %	\$0, Nível 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0, Nível 2	
prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %	\$0, Nível 1	
prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %	\$0, Nível 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nível 2	
Diversos		
artificial tears solution 1.4 % ophthalmic 1.4 %	\$0, Nível 3	DP
atropine sulfate ophthalmic solution 1 %	\$0, Nível 2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENTEAL TEARS MODERATE PF SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.2-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.2-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS SOLUTION 0.1-0.3 % OPHTHALMIC 0.1-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
grp artificial tears solution 5-6 mg/ml ophthalmic 5-6 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
grp lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
GONAK SOLUTION 2.5 % OPHTHALMIC 2.5 %	\$0, Nível 3	DP
goodsense lubricating eye drop solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
hm dry eye relief solution 0.2-0.2-1 % ophthalmic 0.2-0.2-1 %	\$0, Nível 3	DP
hm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %	\$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 lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nível 2	
ISOPTO TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating plus eye drops solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
MURO 128 OINTMENT 5 % OPHTHALMIC 5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
REFRESH CELLUVISC GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH LIQUIGEL GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE GEL 1-0.9 % OPHTHALMIC 1-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 SOLUTION 0.5-1-0.5 % OPHTHALMIC 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE PF SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH PLUS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH RELIEVA SOLUTION 0.5-0.9 % OPHTHALMIC 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH SOLUTION 1.4-0.6 % OPHTHALMIC 1.4-0.6 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH TEARS SOLUTION 0.5 % OPHTHALMIC 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
<i>sm lubricant eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating plus solution 0.5 % ophthalmic 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating tears solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
sodium chloride (hypertonic) ointment 5 % ophthalmic 5 %	\$0, Nível 3	DP
sodium chloride (hypertonic) solution 5 % ophthalmic 5 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE BALANCE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE COMPLETE SOLUTION 0.6 % OPHTHALMIC 0.6 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE GEL 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY GEL 0.3 % OPHTHALMIC 0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA PF SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA SOLUTION 0.4-0.3 % OPHTHALMIC 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS GEL 1 % OPHTHALMIC 1 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS PF SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS SOLUTION 0.25 % OPHTHALMIC 0.25 %	\$0, Nível 3	DP
<i>ultra lubricating eye drops solution 0.4-0.3 % ophthalmic 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ÓTICO		
Agentes Óticos		
acetic acid otic solution 2 %	\$0, Nível 1	
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %	\$0, Nível 1	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0, Nível 1	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	\$0, Nível 1	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	\$0, Nível 1	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	\$0, Nível 1	
ofloxacin otic solution 0.3 %	\$0, Nível 1	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act	\$0, Nível 1	QL (17 per 30 days)
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)	\$0, Nível 1	QL (13.4 per 30 days)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0, Nível 1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (36 per 30 days)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (48 per 30 days)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0, Nível 1	
Anti-Histamínicos		
<i>24hr allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all-day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-chlor tablet 4 mg oral 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-ease tablet 60 mg oral 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy 24-hr tablet 180 mg oral 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy rel child (loratadine) solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

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
allergy relief childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy-time tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %	\$0, Nível 1	
BANOPHEN CAPSULE 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN CAPSULE 50 MG ORAL 50 MG	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN TABLET 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl allergy child solution 5 mg/5ml oral (otc) 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl childrens alrgy solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl childrens tablet chewable 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl hives relief solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	\$0, Nível 1	
cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl tablet chewable 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
cetirizine hcl tablet chewable 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
childrens loratadine solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
complete allergy medicine capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
ciproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	\$0, Nível 2	PA
ciproheptadine hcl oral tablet 4 mg	\$0, Nível 2	PA
diphenhist capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
diphenhydramine hcl capsule 25 mg oral (otc) 25 mg	\$0, Nível 3	DP
diphenhydramine hcl capsule 50 mg oral (otc) 50 mg	\$0, Nível 3	DP
diphenhydramine hcl childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0, Nível 1	
diphenhydramine hcl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ed chlorped jr syrup 2 mg/5ml oral 2 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
fexofenadine hcl tablet 180 mg oral (otc) 180 mg	\$0, Nível 3	DP
fexofenadine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp all day allergy childrens solution 1 mg/ml oral 1 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
gnp all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy antihistamine liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp loratadine childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp loratadine tablet dispersible 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense aller-ease tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
hm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm all day allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm cetirizine hcl tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
hm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
hm fexofenadine hcl tablet 60 mg oral 60 mg	\$0, Nível 3	DP
hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$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
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0, Nível 2	PA
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	\$0, Nível 2	PA
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	PA
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	\$0, Nível 1	
liquid allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
loratadine childrens tablet chewable 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
m-dryl liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
pharbedryl capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
pharbedryl capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
qc all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
qc childrens allergy solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc fexofenadine hydrochloride tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
siladryl allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm all day allergy childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
sm allergy childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
sm allergy relief liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm allergy relief tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
sm childrens loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm fexofenadine hcl tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
sm loratadine allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
sm loratadine syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Combinações Esteróis/Beta-Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/DOSE, 250-50 MCG/DOSE, 500-50 MCG/DOSE	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (12 per 30 days)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.2 per 30 days)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal 5.2 mg/act</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0, Nível 2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0, Nível 2	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Esteróides Inalantes		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (21.2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)

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
Esteróides Nasais		
flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act	\$0, Nível 1	QL (16 per 30 days)
Moduladores De Leukotrieno		
montelukast sodium oral packet 4 mg	\$0, Nível 1	
montelukast sodium oral tablet 10 mg	\$0, Nível 1	
montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
Tosse E Constipação		
12 hour decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
12 hour nasal decongestant solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
12 hour nasal decongestant tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
12 hour nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
all day allergy d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief d-12 tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief d-24 tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief/nasal decongest tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy/congestion relief tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
BENZEDREX INHALER NASAL	\$0, Nível 3	DP
benzonatate capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
benzonatate capsule 150 mg oral 150 mg	\$0, Nível 3	DP
benzonatate capsule 200 mg oral 200 mg	\$0, Nível 3	DP
capcof syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cetirizine-pseudoephedrine er tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
chest congestion relief dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
chest congestion relief syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
childrens sifedrine liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
coditussin ac liquid 200-10 mg/5ml oral 200-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
coditussin dac liquid 30-10-200 mg/5ml oral 30-10-200 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cough/chest congestion dm syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DELSYM SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
dextromethorphan-guaifenesin liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
dextromethorphan-guaifenesin liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml	\$0, Nível 3	DP
dextromethorphan-guaifenesin syrup 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
diabetic siltussin-dm max st liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN DM LIQUID 100-10 MG/5ML ORAL 100-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN MAX ST LIQUID 10-200 MG/5ML ORAL 10-200 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
eq cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
grp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
grp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
grp allergy/congestion relief tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp nasal spray extra moist solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
gnp nasal spray fast acting solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nível 3	DP
gnp nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
gnp no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
gnp nose drops extra strength solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nível 3	DP
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp suphedrin liquid 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp tussin cf cough & cold syrup 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp tussin cough long acting syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp tussin dm cough liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml	\$0, Nível 3	DP
gnp tussin mucus & chest cong liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
goodsense tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaiatussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin solution 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin solution 200 mg/10ml oral 200 mg/10ml	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin solution 300 mg/15ml oral 300 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin tablet 200 mg oral (otc) 200 mg	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc) 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
HISTEX-AC SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML ORAL 10-2.5-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hm allergy & congestion tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
hm allergy complete-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
hm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm nasal decongestant 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
hm nose drops solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nível 3	DP
hm sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
hm tussin adult dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm tussin adult liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
HYCODAN SYRUP 5-1.5 MG/5ML ORAL 5-1.5 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
hydrocod polst-cpm polst er suspension extended release 10-8 mg/5ml oral 10-8 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hydrocodone-homatropine syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hydrocodone-homatropine tablet 5-1.5 mg oral 5-1.5 mg	\$0, Nível 3	DP
hydromet syrup 5-1.5 mg/5ml oral 5-1.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
lohist-dm syrup 5-2-10 mg/5ml oral 5-2-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
loratadine-d 12hr tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
loratadine-d 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT LIQUID 225-7.5 MG/5ML ORAL 225-7.5 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
maxi-tuss ac solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
maxi-tuss cd liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
maxi-tuss g liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
maxi-tuss gmx liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
m-clear wc solution 100-6.3 mg/5ml oral 100-6.3 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS LIQUID 400 MG/20ML ORAL 400 MG/20ML	\$0, Nível 3	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL SOLUTION 0.05 % NASAL 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus & chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mucus relief chest congestion tablet 200 mg oral 200 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal four solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal relief solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nasal spray extra moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL 200-8 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>no drip nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>promethazine-phenylephh-codeine syrup 6.25-5-10 mg/5ml oral 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx) 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc) 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc tussin dm cough/congestion liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc tussin mucus/congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
robafen cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN DM COUGH LIQUID 10-100 MG/5ML ORAL 10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION LIQUID 200 MG/10ML ORAL 200 MG/10ML	\$0, Nível 3	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML ORAL 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
rynex pse liquid 1-15 mg/5ml oral 1-15 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sb allergy relief/nasal decong tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
silphen dm cough syrup 10 mg/5ml oral 10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
siltussin das liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
siltussin dm das liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
siltussin sa syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
siltussin-dm alcohol free syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sinus 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
sinus nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP
sinus relief extra strength solution 1 % nasal 1 %	\$0, Nível 3	DP
sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
sm cough dm childrens suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm lorata-dine d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nasal decongestant max st tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nasal spray 12 hour solution 0.05 % nasal 0.05 %	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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 nasal spray moisturizing solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray sinus solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray solution 0.05 % nasal 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nose drops nasal decongest solution 1 % nasal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride nebulization solution 7 % inhalation 7 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sudogest 12 hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL 60 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
TESSALON PERLES CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL-EX LIQUID 100 MG/5ML ORAL 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL 10-8 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cough syrup 15 mg/5ml oral 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm cough + chest liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm liquid 20-200 mg/10ml oral 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin mucus & chest congest liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin mucus+chest congestion liquid 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin multi-symptom cold cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
virtussin alc solution 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
virtussin ac w/alc liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
virtussin dac solution 30-10-100 mg/5ml oral 30-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
amantadine hcl oral syrup 50 mg/5ml	\$0, Nível 1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0, Nível 1	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0, Nível 2	PA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	\$0, Nível 1	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	\$0, Nível 1	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0, Nível 1	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0, Nível 1	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0, Nível 1	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	\$0, Nível 1	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0, Nível 2	
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0, Nível 1	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
rasagiline mesylate oral tablet 1 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
Agentes De Terapia Musculosquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>VANADOM ORAL TABLET 350 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivos		
<i>APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
<i>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
<i>BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG</i>	\$0, Nível 2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$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
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0, Nível 1	
diazepam oral concentrate 5 mg/ml	\$0, Nível 1	PA; QL (240 per 30 days)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	PA; QL (1200 per 30 days)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0, Nível 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0, Nível 2	
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	\$0, Nível 1	
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (600 per 30 days); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 1	
ethosuximide oral capsule 250 mg	\$0, Nível 1	
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	\$0, Nível 1	
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	\$0, Nível 2	NDS
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	\$0, Nível 1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (720 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
gabapentin oral capsule 100 mg	\$0, Nível 1	QL (1080 per 30 days)
gabapentin oral capsule 300 mg	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
gabapentin oral capsule 400 mg	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (2300 per 28 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (480 per 30 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 30 days); NDS

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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 ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0, Nível 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1200 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
Antidemência		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	\$0, Nível 1	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	\$0, Nível 1	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	\$0, Nível 1	
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0, Nível 1	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	\$0, Nível 1	PA
memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	PA
memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg	\$0, Nível 2	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 &28 -10 MG	\$0, Nível 2	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0, Nível 2	
rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Antidepressivos		
amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 2	
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0, Nível 1	
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0, Nível 1	
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml	\$0, Nível 1	
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 2	PA
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 2	
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 2	
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml	\$0, Nível 2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0, Nível 2	PA
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	\$0, Nível 1	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0, Nível 1	
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 2	
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0, Nível 2	
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0, Nível 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (900 per 30 days)
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	\$0, Nível 1	
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 2	
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	\$0, Nível 1	
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	\$0, Nível 1	
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days)
trimipramine maleate oral capsule 50 mg	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0, Nível 1	
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0, Nível 2	
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0, Nível 2	QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nível 2	QL (1.6 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nível 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0, Nível 1	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0, Nível 2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0, Nível 2	PA
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML	\$0, Nível 2	QL (0.75 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 156 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 234 MG/1.5ML	\$0, Nível 2	QL (1.5 per 28 days); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0, Nível 2	QL (0.25 per 28 days)
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (0.5 per 28 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.875ML	\$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>loxpipamine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (3 per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 30 days); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0, Nível 2	PA
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0, Nível 1	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nível 2	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 30 days); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (40 per 28 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
sumatriptan nasal solution 5 mg/act	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
temazepam oral capsule 15 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (14 per 28 days); NDS
dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg	\$0, Nível 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml	\$0, Nível 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
armodafinil oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (540 per 30 days); NDS
Psicoterapêutico – Diversos		
acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg	\$0, Nível 1	
ADIPEX-P CAPSULE 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nível 3	DP
ADIPEX-P TABLET 37.5 MG ORAL 37.5 MG	\$0, Nível 3	DP
benzphetamine hcl tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	\$0, Nível 1	
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days)
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nível 2	PA; QL (106 per 365 days)
diethylpropion hcl er tablet extended release 24 hour 75 mg oral 75 mg	\$0, Nível 3	DP
diethylpropion hcl tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
gnp nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense nicotine gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
hm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
LOMAIRA TABLET 8 MG ORAL 8 MG	\$0, Nível 3	DP
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	\$0, Nível 1	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	\$0, Nível 1	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	\$0, Nível 1	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	
NARCAN NASAL LIQUID 4 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
NICODERM CQ PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR TRANSDERMAL 14 MG/24HR	\$0, Nível 3	DP
nicotine kit 21-14-7 mg/24hr transdermal 21-14-7 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
nicotine mini lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
nicotine mini lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal (otc) 14 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal (otc) 21 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
nicotine patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal (otc) 7 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
nicotine polacrilex lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
nicotine step 1 patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
nicotine step 2 patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP
nicotine step 3 patch 24 hour 7 mg/24hr transdermal 7 mg/24hr	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nível 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>phendimetrazine tartrate er capsule extended release 24 hour 105 mg oral 105 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral 35 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 15 mg oral 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 30 mg oral 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl capsule 37.5 mg oral 37.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl tablet 37.5 mg oral 37.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG ORAL 11.25-69 MG	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15-92 MG ORAL 15-92 MG	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 3.75-23 MG ORAL 3.75-23 MG	\$0, Nível 3	DP
QSYMIA CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 7.5-46 MG ORAL 7.5-46 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 14 mg/24hr transdermal 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine patch 24 hour 21 mg/24hr transdermal 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0, Nível 2	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Défice De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$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)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	PA; QL (1800 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
co q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
co q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
co q10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
co q-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
co-enzyme q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
co-enzyme q-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
coq-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
coq10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
coq-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
coq-10 capsule extended release 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
eq/ coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp co q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp melatonin maximum strength tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp melatonin tablet 3 mg oral 3 mg	\$0, Nível 3	DP
H2Q CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
hm coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
melatonin liquid 1 mg/4ml oral 1 mg/4ml	\$0, Nível 3	DP
melatonin tablet 1 mg oral 1 mg	\$0, Nível 3	DP
melatonin tablet 3 mg oral 3 mg	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution	\$0, Nível 2	
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	\$0, Nível 1	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %	\$0, Nível 2	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	\$0, Nível 1	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	\$0, Nível 1	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
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-%-	\$0, Nível 1	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/l-%-	\$0, Nível 2	
lactated ringers intravenous solution	\$0, Nível 1	
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%	\$0, Nível 2	
magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)	\$0, Nível 2	
magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml	\$0, Nível 2	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%	\$0, Nível 1	
potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%	\$0, Nível 1	
potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%	\$0, Nível 2	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%	\$0, Nível 1	
potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%	\$0, Nível 2	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml	\$0, Nível 1	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml	\$0, Nível 2	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml	\$0, Nível 1	
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	\$0, Nível 1	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nível 2	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Orais		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0, Nível 1	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0, Nível 1	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nível 1	
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nível 2	
Eletrólitos		
<i>grp pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Minerais		
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG ORAL 1250 (500 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 315-250 MG-UNIT ORAL 315-250 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 950 (200 CA) MG ORAL 950 (200 CA) MG	\$0, Nível 3	DP

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
calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium 500/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium 500/d tablet chewable 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium 500/vitamin d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium 600 tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nível 3	DP
calcium 600 tablet 600 mg oral 600 mg	\$0, Nível 3	DP
calcium 600+d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium 600-d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium carb-cholecalciferol tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium carb-cholecalciferol tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium carb-cholecalciferol tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium carbonate antacid suspension 1250 mg/5ml oral 1250 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
calcium carbonate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
calcium carbonate tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nível 3	DP
calcium high potency tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nível 3	DP
calcium high potency/vitamin d tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium tablet chewable 500-100 mg-unit oral 500-100 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium-folic acid plus d wafer 1342-1 mg oral 1342-1 mg	\$0, Nível 3	DP
calcium-vitamin d3 tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
citrus calcium +d tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
citrus calcium/vitamin d tablet 200-250 mg-unit oral 200-250 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium 500 +d3 tablet 500-600 mg-unit oral 500-600 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nível 3	DP
hm zinc tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
magdelay tablet delayed release 70 mg oral 70 mg	\$0, Nível 3	DP
mag-g tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg	\$0, Nível 3	DP
MAGNEBIND 300 TABLET 250-300 MG ORAL 250-300 MG	\$0, Nível 3	DP
MAGNEBIND 400 TABLET 80-115 MG ORAL 80-115 MG	\$0, Nível 3	DP
magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium chloride tablet delayed release 64 mg oral 64 mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium oxide tablet 400 (240 mg) mg oral 400 (240 mg) mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium oxide tablet 400 (241.3 mg) mg oral 400 (241.3 mg) mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium oxide tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous 0.1 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
NU-MAG TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG ORAL 71.5-119 MG	\$0, Nível 3	DP
OS-CAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL 500-600 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500 TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-200 MG-UNIT ORAL 500-200 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium 500 + d tablet 500-125 mg-unit oral 500-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium w/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium/d tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
oyster shell calcium/vitamin d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
sb oyster shell calcium tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
sm calcium 600/vitamin d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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 calcium citrate w/vit d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm magnesium tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Nutrição Iv		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>chromic chloride solution 40 mcg/10ml intravenous 40 mcg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
FREAMINE HBC INTRAVENOUS SOLUTION 6.9 %	\$0, Nível 2	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0, Nível 2	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0, Nível 2	B/D
MULTITRACE-4 NEONATAL SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML INTRAVENOUS 100-25-1500 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-4 PEDIATRIC SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML INTRAVENOUS 1-100-25-1000 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>multitrace-5 concentrate solution 10-1000-500-60 mcg/ml intravenous 10-1000-500-60 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-5 SOLUTION 4-400-100-20 MCG/ML INTRAVENOUS 4-400-100-20 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0, Nível 2	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>selenious acid solution 60 mcg/ml intravenous 60 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TRALEMENT SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML INTRAVENOUS 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES TABLET CHEWABLE WITH C & FA ORAL WITH C & FA	\$0, Nível 3	DP
<i>animal shapes/iron tablet chewable 18 mg oral 18 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
ANIMI-3 CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
ANIMI-3/VITAMIN D CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbic acid tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex-c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/b-12 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin capsule 5000 mcg oral 5000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bp vit 3 capsule 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c 250 tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000 tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-500 tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
CARDIOTEK RX TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
centamin liquid oral	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL 18 MG	\$0, Nível 3	DP
chewable vite childrens tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
childrens animal shapes tablet chewable 18 mg oral 18 mg	\$0, Nível 3	DP
childrens chewable vitamins tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
classic prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
cod liver oil capsule 4000-200 unit oral 4000-200 unit	\$0, Nível 3	DP
CORVITA TABLET 1.25 MG ORAL 1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
cvs b-1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
cvs vitamin b-12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nível 3	DP
cyanocobalamin solution 1000 mcg/ml injection 1000 mcg/ml	\$0, Nível 3	DP
d 1000 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
d 400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nível 3	DP
d 5000 tablet 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)	\$0, Nível 3	DP
d3 high potency capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
d3 super strength capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nível 3	DP
daily vitamins tablet oral	\$0, Nível 3	DP
daily-vite tablet oral	\$0, Nível 3	DP
daily-vite/iron/beta-carotene tablet oral	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 250 MCG (10000 UT) ORAL 250 MCG (10000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DECARA CAPSULE 625 MCG (25000 UT) ORAL 625 MCG (25000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DERMACINRX PUREFOLIX TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 3000 TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 5000 TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE SUPREME D TABLET 3 MG ORAL 3 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE/ZINC TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
DRISDOL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nível 3	DP
e-400 capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nível 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG ORAL 1000 MG	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C TABLET EXTENDED RELEASE 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
eqb complex 50 tablet oral	\$0, Nível 3	DP
ergocalciferol capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)	\$0, Nível 3	DP
ergocalciferol solution 200 mcg/ml oral 200 mcg/ml	\$0, Nível 3	DP
ESTER-C TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
fabb tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg	\$0, Nível 3	DP
FLORIVA PLUS SOLUTION 0.25 MG/ML ORAL 0.25 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
folic acid solution 5 mg/ml injection 5 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
folic acid tablet 1 mg oral (rx) 1 mg	\$0, Nível 3	DP
folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg	\$0, Nível 3	DP
folic acid tablet 800 mcg oral 800 mcg	\$0, Nível 3	DP
folite tablet oral	\$0, Nível 3	DP
FOLIXAPURE TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
FOLTABS 800 TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG ORAL 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0, Nível 3	DP
FOLTRATE TABLET 500-1 MCG-MG ORAL 500-1 MCG-MG	\$0, Nível 3	DP
FOLTREXYL TABLET 1-5000 MG-UNIT ORAL 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
gnp childrens complete tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
gnp essential one daily tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp healthy eyes supervision capsule oral	\$0, Nível 3	DP
gnp little ones childrens tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily plus iron tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat 60 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nível 3	DP
hm niacin tablet extended release 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin b100 complex tablet oral	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin b-12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin b50 complex tablet oral	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin c tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral 90 mg (200 unit)	\$0, Nível 3	DP
hydroxocobalamin acetate solution 1000 mcg/ml intramuscular 1000 mcg/ml	\$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-methylfolate calcium tablet 15 mg oral 15 mg	\$0, Nível 3	DP
I-methylfolate calcium tablet 7.5 mg oral 7.5 mg	\$0, Nível 3	DP
I-methylfolate-b6-b12 tablet 3-35-2 mg oral 3-35-2 mg	\$0, Nível 3	DP
I-methyl-mc nac tablet 6-2-600 mg oral 6-2-600 mg	\$0, Nível 3	DP
I-methyl-mc tablet 6-1-50-5 mg oral 6-1-50-5 mg	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC SOLUTION RECONSTITUTED INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
MAXIMUM D3 CAPSULE 325 MCG (13000 UT) ORAL 325 MCG (13000 UT)	\$0, Nível 3	DP
MEPHYTON TABLET 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nível 3	DP
multiple vitamins essential tablet oral	\$0, Nível 3	DP
multi-vit/iron/fluoride solution 0.25-10 mg/ml oral 0.25-10 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (otc) 0.25 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
multivitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral (rx) 0.25 mg/ml	\$0, Nível 3	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (otc) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral (rx) 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.25 mg oral (rx) 0.25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 0.5 mg oral 0.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride tablet chewable 1 mg oral 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride/iron solution 0.25-10 mg/ml oral (rx) 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.25 MG ORAL 0.25 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 0.5 MG ORAL 0.5 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>MVC-FLUORIDE TABLET CHEWABLE 1 MG ORAL 1 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL 500 MCG/0.1ML</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>NEPHPLEX RX TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin er capsule extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>NICOMIDE TABLET 750-27-2-0.5 MG ORAL 750-27-2-0.5 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>norwegian cod liver oil capsule oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON SOLUTION 10 MG/ML ORAL 10 MG/ML</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione tablet 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>poly vitamin tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>polyvitamin/iron tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc) 27-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 25 mg oral 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-100 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b12 tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
RENAL CAPSULE 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>rena-vite tablet oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (otc) 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps capsule 1 mg oral (rx) 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm animal shapes kids first tablet chewable oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b100 complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-50 tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b-complex tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm chewable c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
sm vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 unit	\$0, Nível 3	DP
sm vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit	\$0, Nível 3	DP
sm vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nível 3	DP
span c tablet oral	\$0, Nível 3	DP
stress formula tablet oral	\$0, Nível 3	DP
stress formula/iron tablet oral	\$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 QINTS B-50 TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
superplex-t tablet oral	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
tab-a-vite/iron tablet oral	\$0, Nível 3	DP
THERA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
thiamine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
thiamine hcl tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
thiamine mononitrate tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
thrivite 19 tablet 1 mg oral 1 mg	\$0, Nível 3	DP
total b/c tablet oral	\$0, Nível 3	DP
triphrocaps capsule 1 mg oral 1 mg	\$0, Nível 3	DP
tri-vitamin/fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
tri-vitamin/fluoride solution 0.5 mg/ml oral 0.5 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
UDAMIN SP TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
virt-caps capsule 1 mg oral 1 mg	\$0, Nível 3	DP
VIRT-GARD TABLET 2.2-25-1 MG ORAL 2.2-25-1 MG	\$0, Nível 3	DP
vita-bee/c tablet oral	\$0, Nível 3	DP
VITAFOL TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
VITAL-D RX TABLET 1 MG ORAL 1 MG	\$0, Nível 3	DP
vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral 3 mg (10000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-1 tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-12 tablet 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-12 tablet 250 mcg oral 250 mcg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b12 tr tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-6 tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c er capsule extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c er tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c tablet chewable 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c-rose hips er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c-rose hips er tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c-rose hips tr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin d (cholecalciferol) capsule 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d (cholecalciferol) capsule 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d (ergocalciferol) capsule 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml	\$0, Nível 3	DP
vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d3 capsule 125 mcg (5000 ut) oral 125 mcg (5000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d3 capsule 250 mcg (10000 ut) oral 250 mcg (10000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d3 capsule 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$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
vitamin d3 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin d3 tablet 50 mcg (2000 ut) oral 50 mcg (2000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin e capsule 100 unit oral 100 unit	\$0, Nível 3	DP
vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit	\$0, Nível 3	DP
vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nível 3	DP
vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin k1 solution 1 mg/0.5ml injection 1 mg/0.5ml	\$0, Nível 3	DP
vitamin k1 solution 10 mg/ml injection 10 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
vitamins acd-fluoride solution 0.25 mg/ml oral 0.25 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
vitamins for hair capsule oral	\$0, Nível 3	DP
VITREXYL + IRON TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
VITREXYL TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
vp-vite rx tablet 1 mg oral 1 mg	\$0, Nível 3	DP
westab mini tablet 2.2-25-1 mg oral 2.2-25-1 mg	\$0, Nível 3	DP
zoo friends complete tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
zoo friends gummies tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
zoo friends tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP

TÓPICO

Agentes De Boca/Garganta/Dentários

CEPACOL SORE THROAT & COUGH LOZENGE 5-7.5 MG MOUTH/THROAT 5-7.5 MG	\$0, Nível 3	DP
cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0, Nível 1	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0, Nível 1	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0, Nível 1	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$0, Nível 1	
ORASEP SOLUTION 2-0.5-0.1 % MOUTH/THROAT 2-0.5-0.1 %	\$0, Nível 3	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nível 1	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT 0.63 %	\$0, Nível 3	DP
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	\$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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antifúngicos		
ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL OINTMENT 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal powder 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot (terbinafine) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot powder spray aerosol powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot spray aerosol 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN CREAM 2-0.1 % EXTERNAL 2-0.1 %	\$0, Nível 3	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>butenafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external 1.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole anti-fungal cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
DESENEX POWDER 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine-zinc acetate cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
FUNGOID TINCTURE SOLUTION 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-itch cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>itch relief extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc) 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>MICRO GUARD POWDER 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>qc anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>REMEDY ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL POWDER 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-itch extra strength cream 2-0.1 % external 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate antifungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ZEASORB-AF POWDER 2 % EXTERNAL 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Acne		
<i>ACCUTANE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>BENZEPRO FOAM 5.3 % EXTERNAL 5.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>BENZEPRO SHORT CONTACT FOAM 9.8 % EXTERNAL 9.8 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nível 1	QL (46.6 per 30 days)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118 per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin cointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external (otc) 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>first aid antibiotic ointment 3.5-400-5000 mg-unit external 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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 max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sm antibiotic ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
SULFAMYRON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0, Nível 2	QL (453.6 per 30 days)
<i>triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic+pain relief ointment 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Dermatologia, Antisseborréicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de 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>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (454 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
gnp lice treatment liquid 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
hm lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
hm lice treatment liquid 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
lice killing shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
lice killing shampoo 4-0.33 % external 4-0.33 %	\$0, Nível 3	DP
lice treatment lotion 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
malathion external lotion 0.5 %	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
permethrin external cream 5 %	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
sm lice solution kit kit 0.33-4-0.5 % combination 0.33-4-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
sm lice treatment lotion 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %	\$0, Nível 3	DP
ammonium lactate external cream 12 %	\$0, Nível 1	
ammonium lactate external lotion 12 %	\$0, Nível 1	
ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %	\$0, Nível 3	DP
antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %	\$0, Nível 3	DP
arthritis pain relieving cream 0.075 % external 0.075 %	\$0, Nível 3	DP
calamine phenolated lotion external	\$0, Nível 3	DP
calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external 8-8 %	\$0, Nível 3	DP
CALMOSEPTINE OINTMENT 0.44-20.6 % EXTERNAL 0.44-20.6 %	\$0, Nível 3	DP
capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %	\$0, Nível 3	DP
capsaicin cream 0.1 % external 0.1 %	\$0, Nível 3	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM 2 GM	\$0, Nível 3	DP
diclofenac sodium external gel 1 %	\$0, Nível 1	PA; QL (1000 per 30 days)
DYNA-HEX 4 SOLUTION 4 % EXTERNAL 4 %	\$0, Nível 3	DP

LENTA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de 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>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (40 per 30 days)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (10 per 30 days)
<i>gnp antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin liquid 0.15 % external 0.15 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
KERR TRIPLE DYE SWABS SWAB EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relief patch 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relieving patch 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (7 per 28 days)
<i>povidone-iodine ointment 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
<i>qc calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc povidone iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser solution 4 % external 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm povidone-iodine solution 10 % external 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (100 per 30 days)
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
XERAC AC SOLUTION 6.25 % EXTERNAL 6.25 %	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc oxide ointment 20 % external 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL 0.1 %	\$0, Nível 3	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL 0.033 %	\$0, Nível 3	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %	\$0, Nível 3	DP
gnp earwax removal drops solution 6.5 % otic 6.5 %	\$0, Nível 3	DP
gnp earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %	\$0, Nível 3	DP
hm earwax removal aid solution 6.5 % otic 6.5 %	\$0, Nível 3	DP
hm earwax removal kit solution 6.5 % otic 6.5 %	\$0, Nível 3	DP
sm ear drops solution 6.5 % otic 6.5 %	\$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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	90	all day allergy.....	84	amphotericin b.....	36
12 hour nasal decongestant.....	90	all day allergy childrens.....	84	ampicillin.....	42
12 hour nasal spray.....	90	all day allergy d.....	90	ampicillin sodium.....	43
24hr allergy relief.....	84	all day allergy-d.....	90	ampicillin-sulbactam sodium.....	43
3 day vaginal.....	74	all-day allergy childrens.....	84	anagrelide hcl.....	76
8 hour arthritis pain reliever.....	30	aller-chlor.....	84	anastrozole.....	20
8 hr arthritis pain relief.....	30	aller-ease.....	84	ANDRODERM.....	52
8hr muscle aches & pain.....	30	allergy.....	85	ANIMAL SHAPES.....	118
abacavir sulfate.....	34	allergy 24-hr.....	84	animal shapes/iron.....	118
abacavir sulfate-lamivudine.....	35	allergy childrens.....	84	ANIMI-3.....	118
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	35	allergy rel child (loratadine).....	84	ANIMI-3/VITAMIN D.....	118
ABELCET.....	36	allergy relief.....	84, 85	ANORO ELLIPTA.....	87
ABILIFY MAINTENA.....	104	allergy relief childrens.....	84, 85	antacid.....	65
abiraterone acetate.....	20	allergy relief d.....	90	antacid anti-gas max strength.....	65
ABRAXANE.....	22	allergy relief d-12.....	90	antacid fast relief.....	65
acamprosate calcium.....	109	allergy relief d-24.....	90	antacid maximum strength.....	65
acarbose.....	52	allergy relief/nasal decongest.....	90	antacid plus anti-gas fast act.....	65
ACCUTANE.....	128	allergy relief-d.....	90	antacid plus anti-gas relief.....	65
acebutolol hcl.....	46	allergy/congestion relief.....	90	antacid regular strength.....	65
acetaminophen.....	30, 31	allergy-time.....	85	antacid/anti-gas.....	65
acetaminophen childrens.....	30	allopurinol.....	33	anti-diarrheal.....	66
acetaminophen er.....	30	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	65	antifungal.....	127
acetaminophen extra strength.....	30	AOE VESTA CLEAR		anti-fungal.....	127
acetaminophen infants.....	30	ANTIFUNGAL.....	127	antifungal (tolnaftate).....	127
acetaminophen-codeine.....	28, 29	alosetron hcl.....	68	antifungal clotrimazole.....	127
acetaminophen-codeine #3.....	28	ALPHAGAN P.....	79	anti-itch.....	127
acetazolamide.....	48	alprazolam.....	98	antiseptic skin cleanser.....	132
acetazolamide er.....	48	ALREX.....	81	aprepitant.....	67
acetic acid.....	75, 83	ALTAVERA.....	55	APRI.....	56
acetylcysteine.....	88	alum & mag hydroxide-simeth.....	65	APTIOM.....	98
acitretin.....	130	alumina-magnesia-simethicone.....	65	APTIVUS.....	34
ACTHIB.....	25	aluminum hydroxide gel.....	65	AQUADEKS.....	118
ACTIMMUNE.....	24	ALUNBRIG.....	15	aqueous vitamin d.....	118
active fe.....	76	alyacen 1/35.....	55	ARALAST NP.....	88
acyclovir.....	39	alyacen 7/7/7.....	55	ARANELLE.....	56
acyclovir sodium.....	39	AMABELZ.....	62	ARCALYST.....	24
ADACEL.....	25	amantadine hcl.....	97	ariPIPRAZOLE.....	104
adefovir dipivoxil.....	39	AMBISOME.....	36	ARISTADA.....	104
ADEMPAS.....	49	ambrisentan.....	49	ARISTADA INITIO.....	104
ADIPEX-P.....	109	AMETHIA.....	55	armodafinil.....	108
ADRENALIN.....	49	amikacin sulfate.....	37	ARNUITY ELLIPTA.....	89
ADRIAMYCIN.....	21	amiloride hcl.....	48	arthritis pain relief.....	31
ADVAIR DISKUS.....	88	amiodarone hcl.....	44	arthritis pain reliever.....	31
ADVAIR HFA.....	88	amitriptyline hcl.....	102	arthritis pain relieving.....	132
AFINITOR.....	15	amlodipine besy-benazepril hcl.....	48	artificial tears.....	81
AFINITOR DISPERZ.....	15	amlodipine besylate.....	46	ascorbic acid.....	118
AFIRMELLE.....	55	amlodipine besylate-valsartan.....	47	asenapine maleate.....	104
AIMOVIG.....	107	amlodipine-olmesartan.....	47	ASHLYNA.....	56
ala-cort.....	130	amlodipine-valsartan-hctz.....	47	aspirin.....	31
albendazole.....	37	ammonium lactate.....	132	aspirin ec.....	31
albuterol sulfate.....	84	AMNESTEEM.....	128	aspirin-dipyridamole er.....	78
albuterol sulfate hfa.....	83, 84	amoxapine.....	102	ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR.....	54
alclometasone dipropionate.....	130	amoxicillin.....	42	atazanavir sulfate.....	34
ALDURAZYME.....	61	amoxicillin-pot clavulanate.....	42	atenolol.....	46
ALECENSA.....	15	amoxicillin-pot clavulanate er.....	42	atenolol-chlorthalidone.....	46
alendronate sodium.....	64	amphetamine-dextroamphetamine.....	111	athletes foot (terbinafine).....	127
alfuzosin hcl er.....	75	amphetamine-dextroamphetamine 111		athletes foot powder spray.....	127
ALIMTA.....	21			athletes foot spray.....	127
aliskiren fumarate.....	49				

atomoxetine hcl	111	betamethasone dipropionate	130	c-500	118
atorvastatin calcium	45	betamethasone dipropionate aug..	130	cabergoline	61
atovaquone	37	betamethasone valerate	131	CABOMETYX	15
atovaquone-proguanil hcl	39	BETASERON	108	calamine phenolated	132
atropine sulfate	81	betaxolol hcl	46, 79	calamine-zinc oxide	132
ATROVENT HFA	84	bethanechol chloride	75	CALCI-CHEW	114
AUBRA EQ	56	BETOPTIC-S	79	calcipotriene	130
AUROVELA 1/20	56	BEVESPI AEROSPHERE	87	calcitonin (salmon)	64
AUROVELA 24 FE	56	bexarotene	21	CALCITRATE	114
AUROVELA FE 1.5/30	56	BEXSERO	26	CALCITRENE	130
AUROVELA FE 1/20	56	bicalutamide	20	calcitriol	52
AUSTEDO	107	BICILLIN L-A	43	calcium	115
AVASTIN	15	BIKTARVY	35	calcium 500 + d	115
AVIANE	56	biotin	118	calcium 500/d	115
AVITA	128	bisacodyl	70	calcium 500/vitamin d	115
AYUNA	56	bisacodyl ec	70	calcium 600	115
AYVAKIT	15	bismatrol	66	calcium 600+d	115
azacitidine	21	bisoprolol fumarate	46	calcium 600-d	115
azathioprine	24	bisoprolol-hydrochlorothiazide	46	calcium acetate	51
azelastine hcl	79, 85	BIVIGAM	24	calcium acetate (phos binder)	51
azithromycin	41	BLEPHAMIDE S.O.P.	80	calcium carb-cholecalciferol	115
aztreonam	37	BLISOVI 24 FE	56	calcium carbonate	115
AZURETTE	56	BLISOVI FE 1.5/30	56	calcium carbonate antacid	115
b complex	118	BOOSTRIX	26	calcium high potency	115
b complex-c	118	bortezomib	15	calcium high potency/vitamin d	115
b-1	118	bosentan	50	calcium-folic acid plus d	115
b-12 tr	118	BOSULIF	15	calcium-vitamin d3	115
bacitracin	80, 129	bp vit 3	118	CALMOSEPTINE	132
bacitracin zinc	129	BRAFTOVI	15	CALQUENCE	15
bacitracin-polymyxin b	80	BREO ELLIPTA	88	CAMILA	56
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	79	BREZTRI AEROSPHERE	87, 88	CAMRESE	56
baclofen	98	briellyn	56	CAMRESE LO	56
balsalazide disodium	69	BRILINTA	78	candesartan cilexetil	44
BALVERSA	15	brimonidine tartrate	79	candesartan cilexetil-hctz	47, 48
BALZIVA	56	brinzolamide	79	capcof	90
BANOPHEN	85, 127	BRIVIACT	98	CAPLYTA	104
BARACLUDE	39	bromfenac sodium (once-daily)	81	CAPRELSA	16
BASAGLAR KWIKPEN	54	bromocriptine mesylate	97	capsaicin	132
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE	31	BROMSITE	81	captopril	50
baza antifungal	127	BRUKINSA	15	CARBAGLU	61
bcg vaccine	25	budesonide	69, 89	carbamazepine	98
b-complex/b-12	118	budesonide er	69	carbamazepine er	98
BEKYREE	56	bumetanide	48	carbidopa-levodopa	97
BELSOMRA	108	buprenorphine	30	carbidopa-levodopa er	97
benazepril hcl	50	buprenorphine hcl	109	carbidopa-levodopa-entacapone	97
benazepril-hydrochlorothiazide	48	buprenorphine hcl-naloxone hcl	109	carboplatin	15
BENDEKA	15	bupropion hcl	102	CARDIOTEK RX	118
BENLYSTA	25	bupropion hcl er (smoking det)	109	carisoprodol	98
BENZEDREX	90	bupropion hcl er (sr)	102	CARRINGTON ANTIFUNGAL	127
BENZEPRO	128	bupropion hcl er (xl)	102	carteolol hcl	79
BENZEPRO SHORT CONTACT	128	buspirone hcl	98	CARTIA XT	46
benzoin	127	butenafine hcl	127	carvedilol	46
benzonataate	90	butorphanol tartrate	29	caspofungin acetate	36
benzoyl peroxide-erythromycin	128	BYDUREON BCISE	52	castellani paint modified	127
benzphetamine hcl	109	BYETTA 10 MCG PEN	52	CAYSTON	37
benztropine mesylate	97	BYETTA 5 MCG PEN	52	CAZIANT	56
bepotastine besilate	79	BYSTOLIC	46	cefaclor	40
BEPREVE	79	c 250	118	cefaclor er	40
BERINERT	76	c-1000	118	cefadroxil	40
BESIVANCE	80	c-1000/rose hips	118	cefazolin sodium	40

cefazolin sodium-dextrose	40	ciprofloxacin in d5w	42	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	16
cefdinir.....	40	ciprofloxacin-dexamethasone	83	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	16
cefpime hcl	40	cisplatin	15	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	54
cefixime	40	citalopram hydrobromide	102	COMPLERA	35
cefoxitin sodium	40, 41	citrus calcium +d	115	complete allergy medicine	85
cefpodoxime proxetil	41	citrus calcium/vitamin d	115	COMPRO	67
cefprozil.....	41	CLARAVIS	129	constulose	70
ceftazidime	41	clarithromycin	41	COPIKTRA	16
ceftazidime and dextrose	41	clarithromycin er	41	coq10	112
ceftriaxone sodium.....	41	classic prenatal	119	coq-10	112
cefuroxime axetil	41	clindamycin hcl	37	CORLANOR	49
cefuroxime sodium	41	clindamycin palmitate hcl	37	CORVITA	119
celecoxib	27	clindamycin phosphate	37, 74, 129	CORVITA 150	76
CELONTIN	98	clindamycin phosphate in d5w	37	CORVITE 150	76
centamin	119	clindamycin phosphate in nacl	37	corvite fe	76
CEPACOL SORE THROAT & COUGH.....	126	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	117	COTELLIC	16
cephalexin	41	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	117	cough dm	91
CERDELGA	61	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	117	cough dm childrens	91
CEREZYME	61	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	117	cough/chest congestion dm	91
CEROVITE JR	119	clinimix/dextrose (6/5)	117	CREON	69
cetirizine hcl	85	clinimix/dextrose (8/10)	117	cromolyn sodium	68, 79, 88
cetirizine hcl allergy child	85	clinimix/dextrose (8/14)	117	CRYSELLE-28	56
cetirizine hcl childrens	85	CLINISOL SF	117	cupric chloride	117
cetirizine hcl childrens alrgy	85	CLINOLIPID	117	cvs b-1	119
cetirizine hcl hives relief	85	clobazam	98	cvs cough dm	91
cetirizine-pseudoephedrine er	90	clobetasol propionate	131	cvs gauze sterile	54
cevimeline hcl	126	clobetasol propionate e	131	cvs lice treatment	131
CHANTIX	109	clomipramine hcl	102	cvs vitamin b-12	119
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK	109	clonazepam	99	cyanocobalamin	119
CHANTIX STARTING MONTH PAK	109	clonidine	49	CYCLAFEM 1/35	56
charcoal	61	clonidine hcl	49	CYCLAFEM 7/7/7	56
CHATEAL	56	clopidogrel bisulfate	79	cyclobenzaprine hcl	98
CHEMET	51	clorazepate dipotassium	99	cyclophosphamide	15
chest congestion relief	91	CLORPACTIN	132	cycloserine	35
chest congestion relief dm	90	clotrimazole	74, 126, 127	cyclosporine	25
chewable vite childrens	119	clotrimazole 3	74	cyclosporine modified	25
childrens animal shapes	119	clotrimazole anti-fungal	127	cyproheptadine hcl	85
childrens chewable vitamins	119	clotrimazole athletes foot	127	CYRED EQ	56
childrens ibuprofen	27	clotrimazole-betamethasone	127	CYSTADANE	61
childrens loratadine	85	clozapine	104, 105	CYSTADROPS	81
childrens silapap	31	co q10	112	CYSTAGON	61
childrens sifedrine	91	co q-10	112	CYSTARAN	81
chlorhexidine gluconate	126	COARTEM	39	cytarabine	21
chloroquine phosphate	39	cod liver oil	119	d 1000	119
chlorpromazine hcl	104	coditussin ac	91	d 400	119
chlorthalidone	48	coditussin dac	91	d 5000	119
cholestyramine	45	coenzyme q10	112	d3 high potency	119
cholestyramine light	45	coenzyme q-10	112	d3 super strength	119
CHROMAGEN	76	co-enzyme q10	112	daily vitamins	119
chromic chloride	117	co-enzyme q-10	112	daily-vite	119
ciclopirox olamine	127	colchicine	33	daily-vitel/iron/beta-carotene	119
cilstostazol	76	colchicine-probenecid	33	dalfampridine er	108
CILOXAN	80	colesevelam hcl	45	DALIRESP	88
CIMDUO	35	colestipol hcl	45	danazol	62
cinacalcet hcl	61	colistimethate sodium (cba)	37	dantrolene sodium	98
CIPRO	42	COMBIGAN	79	dapsone	37
ciprofloxacin hcl	42, 80	COMBIVENT RESPIMAT	88	DAPTACEL	26
		COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	16	daptomycin	37

DASSETTA 1/35.....	56	diflunisal.....	27	ed-apap.....	31
DASSETTA 7/7/7.....	56	DIGITEK.....	49	EDURANT.....	34
DAURISMO.....	16	DIGOX.....	49	efavirenz.....	34
DAYSEE.....	56	digoxin.....	49	efavirenz-emtricitab-tenofovir.....	36
DEBLITANE.....	56	dihydroergotamine mesylate.....	107	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	36
DECARA.....	119	DILANTIN.....	99	ELDERTONIC.....	120
deferasirox.....	52	DILANTIN INFATABS.....	99	ELINEST.....	56
deferasirox granules.....	51	diltiazem hcl.....	47	ELIQUIS.....	75
DELESTROGEN.....	62	diltiazem hcl er.....	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	75
DELSTRIGO.....	36	diltiazem hcl er beads.....	46	ELLA.....	56
DELSYM.....	91	diltiazem hcl er coated beads.....	47	ELURYNG.....	57
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	91	dilt-xr.....	47	EMCYT.....	20
DERMACINRX PUREFOLIX.....	119	diphenhist.....	85	EMOQUETTE.....	57
DESCOVY.....	36	diphenhydramine hcl.....	85	EMSAM.....	103
DESENEX.....	127	diphenhydramine hcl childrens.....	85	emtricitabine.....	34
desipramine hcl.....	102	diphenhydramine-zinc acetate.....	127	emtricitabine-tenofovir df.....	36
desmopressin ace spray refrigerated.....	61	diphenoxylate-atropine.....	68	EMTRIVA.....	34
desmopressin acetate.....	61	diphtheria-tetanus toxoids dt.....	26	EMVERM.....	37
desmopressin acetate pf.....	61	dipyridamole.....	79	enalapril maleate.....	50
desmopressin acetate spray.....	61	disopyramide phosphate.....	44	enalapril-hydrochlorothiazide.....	48
desogestrel-ethynodiol estradiol.....	56	disulfiram.....	109	ENBREL.....	22
desvenlafaxine succinate er.....	102	divalproex sodium.....	99	ENBREL MINI.....	22
dexamethasone.....	63	divalproex sodium er.....	99	ENBREL SURECLICK.....	22
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	63	docetaxel.....	22	ENDARI.....	76
dexamethasone sod phosphate pf.....	63	docu.....	70	ENDOCET.....	29
dexamethasone sodium phosphate.....	63, 81	docusate calcium.....	70	ENDUR-C.....	120
DEXILANT.....	70	docusate mini.....	70	enema.....	70
dexamethylphenidate hcl.....	111	docusate sodium.....	70	enema ready-to-use.....	70
dextromethorphan polistirex er.....	91	DOCUSOL MINI.....	70	ENEMEEZ MINI.....	70
dextromethorphan-guaifenesin.....	91	dofetilide.....	44	ENEMEEZ PLUS.....	70
dextrose.....	117	DOK.....	70	ENGERIX-B.....	26
dextrose 5%/electrolyte #48.....	113	donepezil hcl.....	102	enoxaparin sodium.....	75
dextrose in lactated ringers.....	113	DOPTELET.....	76	ENPRESSE-28.....	57
dextrose-nacl.....	113	dorzolamide hcl.....	79	ENSKYCE.....	57
dextrose-sodium chloride.....	113	dorzolamide hcl-timolol mal.....	79	ENSTILAR.....	131
diabetic siltussin-dm max st.....	91	DOTTI.....	62	entacapone.....	97
DIABETIC TUSSIN.....	91	DOVATO.....	36	entecavir.....	39
DIABETIC TUSSIN DM.....	91	doxazosin mesylate.....	46	ENTRESTO.....	48
DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	91	doxepin hcl.....	103, 108	enulose.....	70
DIACOMIT.....	99	doxorubicin hcl.....	21	EPCLUSA.....	39
DIALYVITE.....	119	doxorubicin hcl liposomal.....	21	EPIDIOLEX.....	99
DIALYVITE 3000.....	119	DOXY 100.....	43	epinephrine.....	88
DIALYVITE 5000.....	119	doxycycline hydiate.....	43, 44	epirubicin hcl.....	21
DIALYVITE 800.....	119	doxycycline monohydrate.....	44	EPITOL.....	99
DIALYVITE 800/ZINC.....	119	DRISDOL.....	120	EPIVIR HBV.....	39
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	119	DRIZALMA SPRINKLE.....	103	eplerenone.....	44
DIALYVITE SUPREME D.....	119	dronabinol.....	67	epsom salt.....	70
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	120	drospirenen-eth estrad-levomefol.....	56	eq cough dm.....	91
DIALYVITE/ZINC.....	120	drospirenone-ethynodiol estradiol.....	56	eq lice killing max st.....	132
diazepam.....	99	DROXIA.....	76	eql b complex 50.....	120
diazoxide.....	51	droxidopa.....	49	eql coq10.....	112
diclofenac potassium.....	27	duloxetine hcl.....	103	ergocalciferol.....	120
diclofenac sodium.....	27, 81, 132	DUREZOL.....	81	ergotamine-caffeine.....	107
diclofenac sodium er.....	27	dutasteride.....	75	ERIVEDGE.....	16
dicloxacillin sodium.....	43	dutasteride-tamsulosin hcl.....	75	ERLEADA.....	20
dicyclomine hcl.....	68	DYNA-HEX 4.....	132	erlotinib hcl.....	16
diethylpropion hcl.....	109	e-400.....	120	ERRIN.....	57
diethylpropion hcl er.....	109	ear drops.....	134	ertapenem sodium.....	37
DIFICID.....	42	ec-naproxen.....	27	ery.....	129
		ed chlorped jr.....	86	ERY-TAB.....	42

ERYTHROCIN LACTOBIONATE	42	ferrous gluconate	77	FOTIVDA.....	16
ERYTHROGIN STEARATE.....	42	ferrous sulfate	77	FREAMINE HBC	117
erythromycin.....	80, 129	FETZIMA.....	103	FREAMINE III	117
erythromycin base.....	42	FETZIMA TITRATION	103	fulvestrant.....	20
erythromycin ethylsuccinate.....	42	FEVERALL ADULTS	31	FUNGOID TINCTURE	127
ESBRIET.....	88	FEVERALL CHILDRENS.....	31	furosemide.....	48, 49
escitalopram oxalate.....	103	FEVERALL INFANTS	31	FUSION.....	77
esomeprazole magnesium.....	70	FEVERALL JUNIOR STRENGTH..	31	FUSION PLUS.....	77
ESTARYLLA.....	57	fexofenadine hcl.....	86	FUZEON.....	34
ESTER-C.....	120	FIASP.....	54	FYAVOLV.....	63
estradiol.....	62	FIASP FLEXTOUCH	54	FYCOMPA.....	99
estradiol valerate.....	63	FIASP PENFILL	54	gabapentin.....	99, 100
estradiol-norethindrone acet.....	63	fiber.....	70	galantamine hydrobromide	102
eszopiclone.....	108	fiber laxative	70	galantamine hydrobromide er.....	102
ethambutol hcl.....	35	fiber-lax.....	71	GAMASTAN.....	24
ethosuximide.....	99	finasteride	75	GAMMAGARD	24
ethynodiol diac-eth estradiol.....	57	FINTEPLA.....	99	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	24
etodolac.....	27	first aid antibiotic	129	GAMMAKED	24
etodolac er.....	27	FLAC.....	83	GAMMAPLEX	24
etonogestrel-ethinyl estradiol.....	57	FLAREX.....	81	GAMUNEX-C	24
etoposide.....	22	FLEBOGAMMA DIF	24	ganciclovir sodium	39
etravirine.....	34	flecainide acetate	44	GARDASIL 9.....	26
EUTHYROX.....	51	FLEET ENEMA.....	71	gas relief.....	68
everolimus.....	16, 25	FLORIVA PLUS.....	120	gas relief drops infants	68
EVOTAZ.....	36	FLOVENT DISKUS	89	gas relief extra strength	68
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	89	gas relief ultra strength	68
NEEDLE.....	54	fluconazole	36	gatifloxacin.....	80
exemestane.....	20	fluconazole in sodium chloride	36	GATTEX.....	68
ezetimibe.....	45	flucytosine	36	GAVILYTE-C	71
ezetimibe-simvastatin	45	fludrocortisone acetate	63	GAVILYTE-G	71
fabb	120	flunisolide	90	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
FABRAZYME.....	61	fluocinolone acetonide	83, 131	PACK.....	71
FALMINA.....	57	fluocinolone acetonide body	131	GAVRETO	16
famciclovir.....	39	fluocinolone acetonide scalp	131	gemcitabine hcl	21
famotidine.....	64	fluocinonide	131	gemfibrozil	45
famotidine premixed	65	fluocinonide emulsified base	131	generlac	71
FANAPT.....	105	fluorometholone	81	GENGRAF	25
FANAPT TITRATION PACK	105	fluorouracil	21, 133	GENOTROPIN	61
FARXIGA.....	52	fluoxetine hcl	103	GENOTROPIN MINIQUICK	61
FARYDAK.....	16	fluphenazine decanoate	105	GENTAK	80
FASENRA.....	88	fluphenazine hcl	105	gentamicin in saline	37
FASENRA PEN.....	88	flurbiprofen	27	gentamicin sulfate	37, 80, 129
FAYOSIM.....	57	flurbiprofen sodium	81	GENTEAL TEARS	81
felbamate	99	flutamide	20	GENTEAL TEARS MODERATE PF	81
felodipine er.....	47	fluticasone propionate	90, 131	gentle laxative	71
FEMYNOR.....	57	fluvoxamine maleate	98	GENVOYA	36
fenofibrate	45	folic acid	120	GILENYA	108
fenofibrate micronized	45	FOLITAB 500	77	GIOTRIF	16
fentanyl	30	folite	120	glatiramer acetate	108
fentanyl citrate	29	FOLIVANE-F	77	GLATOPA	108
FERAHEME	76	FOLIVANE-PLUS	77	glimepiride	52
FERATE.....	77	FOLIXAPURE	120	glipizide	52, 53
FERIVA 21/7	77	FOLTABS 800	120	glipizide er	52
FERIVAFIA	77	FOLTRATE	120	glipizide xl	53
FEROSUL.....	77	FOLTREXYL	120	glipizide-metformin hcl	53
FERRALET 90	77	fondaparinux sodium	75	global alcohol prep ease	54
ferraplus 90	77	FORTEO	64	glycerin (adult)	71
ferrets	77	fosamprenavir calcium	34	glycerin (infants & children)	71
FERRLECIT	77	fosinopril sodium	50	glycerin (pediatric)	71
ferrous fumarate	77	fosinopril sodium-hctz	48	glycerin adult	71

glycerin childrens	71	gnp miconazole 3	74	goodsense stomach relief	66
glycopyrrolate	68	gnp miconazole 7	74	goodsense tussin cf	92
GLYDO	129	gnp milk of magnesia	71	granisetron hcl	67
GLYXAMBI	53	gnp nasal decongestant	92	grape flavor	50
gnp 8 hour arthritis relief	31	gnp nasal decongestant pe	92	griseofulvin microsize	36
gnp 8 hour pain relief	31	gnp nasal spray	92	griseofulvin ultramicrosize	36
gnp 8 hour pain reliever	31	gnp nasal spray extra moist	92	guaiatussin ac	92
gnp acetaminophen	31	gnp nasal spray fast acting	92	guaiifenesin	92
gnp acetaminophen ex st	31	gnp natural fiber	71	guaiifenesin-codeine	92
gnp all day allergy	86	gnp nicotine	109	guaiifenesin-dm	92
gnp all day allergy childrens	86	gnp nicotine mini	109	guanfacine hcl	49
gnp all day allergy-d	91	gnp nicotine polacrilex	109	guanfacine hcl er	112
gnp allergy	86	gnp no drip nasal spray	92	GVOKE HYPOOPEN 2-PACK	51
gnp allergy & congestion	91	gnp nose drops extra strength	92	GVOKE PFS	51
gnp allergy antihistamine	86	gnp one daily plus iron	120	H2Q	112
gnp allergy relief	86	gnp pain & fever childrens	31	HAEGARDA	76
gnp allergy/congestion relief	91	gnp pain & fever infants	31	HAILEY 1.5/30	57
gnp antacid & anti-gas	65	gnp pain relief	32	HAILEY 24 FE	57
gnp antacid regular strength	65	gnp pain relief extra strength	31	halobetasol propionate	131
gnp anti-diarrheal	66	gnp pediatric electrolyte	114	haloperidol	105
gnp anti-gas	68	gnp petroleum jelly	50	haloperidol decanoate	105
gnp anti-itch	127	gnp pink bismuth	66	haloperidol lactate	105
gnp antiseptic skin cleanser	133	gnp prenatal	120	HARVONI	39
gnp arthritis pain relief	31	gnp pseudoephedrine hcl 12 hr	92	HAVRIX	26
gnp artificial tears	81	gnp senna lax	71	HEATHER	57
gnp aspirin	31	gnp stool softener	71	HEMATOGEN	77
gnp athletes foot	127	gnp stool softener/laxative	71	HEMATOGEN FA	77
gnp bacitracin zinc	129	gnp suphedrin	92	HEMATOGEN FORTE	77
gnp calcium	116	gnp terbinafine hydrochloride	127	HEMOCYTE PLUS	77
gnp calcium 500 +d3	115	gnp tolnaftate	127	HEMOCYTE-F	77
gnp calcium citrate +d3	115	gnp triple antibiotic	129	heparin (porcine) in nacl	75
gnp capsaicin	133	gnp triple antibiotic plus	129	heparin sod (porcine) in d5w	75
gnp childrens allergy	86	gnp tussin cf cough & cold	92	heparin sodium (porcine)	75
gnp childrens complete	120	gnp tussin cough long acting	92	HEPATAMINE	117
gnp childrens ibuprofen	27	gnp tussin dm	92	HERCEPTIN	16
gnp clotrimazole 3	74	gnp tussin dm cough	92	HERCEPTIN HYLECTA	16
gnp co q10	112	gnp tussin mucus & chest cong	92	HERZUMA	16
gnp cough dm er	92	gnp vitamin c	120	HETLIOZ	108
gnp earwax removal drops	134	gnp vitamin c drops	120	HIBERIX	26
gnp earwax removal kit	134	gnp vitamin d-400	121	HISTEX-AC	92
gnp enema	71	gnp womens gentle laxative	71	hm acetaminophen childrens	32
gnp essential one daily	120	gnp zinc oxide	133	hm adult aspirin	32
gnp gas relief	68	GOLYTEL Y	71	hm advanced antacid max st	65
gnp gas relief extra strength	68	GONAK	81	hm all day allergy	86
gnp gentle laxative	71	goodsense all day allergy	86	hm all day allergy childrens	86
gnp glycerin (adult)	71	goodsense aller-ease	86	hm allergy & congestion	93
gnp glycerin child	71	goodsense allergy relief	86	hm allergy complete-d	93
gnp healthy eyes supervision	120	goodsense arthritis pain	32	hm allergy relief	86
gnp ibuprofen infants	28	goodsense aspirin	32	hm allergy relief childrens	86
gnp ibuprofen junior strength	28	goodsense cough dm	92	hm allergy relief/nasal decong	93
gnp infants pain/fever	31	goodsense cough dm childrens	92	hm antacid	65
gnp iron	77	goodsense epsom salt	71	hm antacid anti-gas ex st	65
gnp laxative	71	goodsense ibuprofen childrens	28	hm antacid/antigas	66
gnp lice treatment	132	goodsense ibuprofen infants	28	hm anti-diarrheal	66
gnp little ones childrens	120	goodsense lubricating eye drop	81	hm antiseptic skin cleanser	133
gnp loratadine	86	goodsense nicotine	109, 110	hm arthritis pain relief	32
gnp loratadine childrens	86	goodsense pain & fever child	32	hm aspirin	32
gnp lubricating plus eye drops	81	goodsense pain & fever infants	32	hm aspirin ec	32
gnp melatonin	112	goodsense pain relief	32	hm bacitracin zinc	129
gnp melatonin maximum strength	112	goodsense pain relief extra st	32	hm cetirizine hcl	86

<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	86	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INLYTA	16
<i>hm coq10</i>	112	START	23	INQOVI	21
<i>hm cough dm</i>	93	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT		INREBIC	16
<i>hm dry eye relief</i>	81	STARTER	23	INTEGRA	78
<i>hm earwax removal aid</i>	134	HUMULIN R U-500		INTEGRA F	78
<i>hm earwax removal kit</i>	134	(CONCENTRATED)	54	INTEGRA PLUS	78
<i>hm enema</i>	71	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	54	INTELENCE	34
<i>hm fexofenadine hcl</i>	86	HYCODAN	93	INTRALIPID	117
<i>hm gas relief</i>	68	hydralazine hcl	49	INTRON A	24
<i>hm gas relief infants drops</i>	68	hydrochlorothiazide	49	INTROVALE	57
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	hydrocodol polst-cpm polst er	93	INVEGA SUSTENNA	105
<i>hm ibuprofen ib</i>	28	hydrocodone bitartrate er	30	INVEGA TRINZA	105
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	hydrocodone-acetaminophen	29	INVIRASE	34
<i>hm laxative</i>	71	hydrocodone-homatropine	93	IPOL	26
<i>hm lice killing max st.</i>	132	hydrocodone-ibuprofen	29	ipratropium bromide	84
<i>hm lice treatment</i>	132	hydrocortisone	63, 69, 131	ipratropium-albuterol	88
<i>hm loratadine</i>	86	hydrocortisone (perianal)	133	irbesartan	44
<i>hm loratadine childrens</i>	86	hydromet	93	irbesartan-hydrochlorothiazide	48
<i>hm lubricating plus</i>	81	hydromorphone hcl	29	IRESSA	16
<i>hm lubricating tears</i>	82	hydroxocobalamin acetate	121	irinotecan hcl	21
<i>hm milk of magnesia</i>	72	hydroxychloroquine sulfate	25	iron	78
<i>hm nasal decongestant</i>	93	hydroxyurea	21	iron chews pediatric	78
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	93	hydroxyzine hcl	87	ISENTRESS	34
<i>hm nasal decongestant pe</i>	93	hydroxyzine pamoate	87	ISENTRESS HD	34
<i>hm nasal spray</i>	93	HYSINGLA ER	30	ISIBLOOM	57
<i>hm niacin</i>	121	ibandronate sodium	64	ISOLYTE-P IN D5W	113
<i>hm nicotine</i>	110	IBRANCE	16	ISOLYTE-S	113
<i>hm nicotine polacrilex</i>	110	IBU	28	ISOLYTE-S PH 7.4	113
<i>hm nose drops</i>	93	ibuprofen	28	isoniazid	35
<i>hm pain & fever childrens</i>	32	ibuprofen childrens	28	ISOPTO ATROPINE	82
<i>hm pain & fever infants</i>	32	ibuprofen infants drops	28	ISOPTO TEARS	82
<i>hm pain relief</i>	32	ibuprofen junior strength	28	isosorbide dinitrate	50
<i>hm pain relief extra strength</i>	32	ICAPS	121	isosorbide mononitrate	50
<i>hm pain reliever</i>	32	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	121	isosorbide mononitrate er	50
<i>hm petroleum jelly</i>	50	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN	121	isotretinoin	129
<i>hm povidone-iodine</i>	133	icatibant acetate	76	isradipine	47
<i>hm senna</i>	72	ICLEVIA	57	itch relief extra strength	128
<i>hm sinus nasal spray</i>	93	ICLUSIG	16	itraconazole	36
<i>hm stomach relief</i>	66, 67	IDHIFA	16	ivermectin	38
<i>hm stool softener</i>	72	IFEREX 150	77	IXIARO	26
<i>hm stool softener/laxative</i>	72	ILEVRO	81	JAKAFI	16
<i>hm triple antibiotic</i>	130	imatinib mesylate	16	JANTOVEN	75
<i>hm triple antibiotic max st.</i>	130	IMBRUVICA	16	JANUMET	53
<i>hm tussin adult</i>	93	imipenem-cilastatin	38	JANUMET XR	53
<i>hm tussin adult dm</i>	93	imipramine hcl	103	JANUVIA	53
<i>hm vitamin b100 complex</i>	121	imiquimod	133	JARDIANC	53
<i>hm vitamin b12</i>	121	IMOVA RABIES	26	JASMIEL	57
<i>hm vitamin b-12 tr</i>	121	INCASSIA	57	JENTADUETO	53
<i>hm vitamin b50 complex</i>	121	INCRELEX	61	JENTADUETO XR	53
<i>hm vitamin c tr</i>	121	INCRUSE ELLIPTA	84	JINTELI	63
<i>hm vitamin e</i>	121	indapamide	49	JOLESSA	57
<i>hm zinc</i>	116	INFANRIX	26	JULEBER	57
<i>HUMIRA</i>	23	infants gas relief	68	JULUCA	36
<i>HUMIRA PEDIATRIC CROHNS</i>		infants ibuprofen	28	JUNEL 1.5/30	57
<i>START</i>	23	infants simethicone	68	JUNEL 1/20	57
<i>HUMIRA PEN</i>	23	INFED	77	JUNEL FE 1.5/30	57
<i>HUMIRA PEN-CD/UC/HS</i>		INFUVITE ADULT	121	JUNEL FE 1/20	57
<i>STARTER</i>	23	INFUVITE PEDIATRIC	121	JUNEL FE 24	57
<i>HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC</i>		INGREZZA	107	KADCYLA	17
<i>START</i>	23	INJECTAFER	78	KAITLIB FE	57

KALYDECO	88	LESSINA	58	LOMAIRA	110
KANJINTI	17	letrozole	20	LONSURF	21
KARIVA	57	leucovorin calcium	20, 21	loperamide hcl	67, 68
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	113	LEUKERAN	15	lopinavir-ritonavir	36
KELNOR 1/35	57	leuprolide acetate	20	loratadine	87
KELNOR 1/50	57	levalbuterol hcl	84	loratadine childrens	87
KERR TRIPLE DYE SWABS	133	levalbuterol tartrate	84	loratadine-d 12hr	93
<i>ketoconazole</i>	37, 128, 130	LEVEMIR	54	loratadine-d 24hr	93
KETO-DIASTIX	61	LEVEMIR FLEXTOUCH	54	lorazepam	98
<i>ketorolac tromethamine</i>	81	levetiracetam	100	LORAZEPAM INTENSOL	98
KEYTRUDA	17	levetiracetam er	100	LORBRENA	17
KINRIX	26	levetiracetam in nacl	100	LORYNA	58
KISQALI (200 MG DOSE)	17	levobunolol hcl	79	losartan potassium	44
KISQALI (400 MG DOSE)	17	levocarnitine	61	losartan potassium-hctz	48
KISQALI (600 MG DOSE)	17	levocetirizine dihydrochloride	87	LOTEMAX	81
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	21	levofloxacin	42	lovastatin	45
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	21	levofloxacin in d5w	42	LOW-OGESTREL	58
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE)	22	LEVONEST	58	loxapine succinate	105
KLOR-CON	114	levonorgest-eth est & eth est	58	lubricant eye drops	82
KLOR-CON 10	114	levonorgest-eth estrad 91-day	58	lubricating eye drops	82
KLOR-CON M10	114	levonorgestrel-ethinyl estrad	58	lubricating plus eye drops	82
KLOR-CON M15	114	levonorg-eth estrad triphasic	58	LUMAKRAS	17
KLOR-CON M20	114	LEVORA 0.15/30 (28)	58	LUMIGAN	79
KORLYM	61	LEVO-T	51	LUMIZYME	61
<i>kp ferrous sulfate</i>	78	levothyroxine sodium	51	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	20
KURVELO	57	LEVOXYL	51	LUPRON DEPOT (3-MONTH)	20
KYNMOBI	97	LEXIVA	34	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	61
<i>labetalol hcl</i>	46	lice killing	132	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	62
<i>lactated ringers</i>	113	lice killing maximum strength	132	LUTERA	58
<i>lactulose</i>	72	lice treatment	132	LYLEQ	58
<i>lactulose encephalopathy</i>	72	lidocaine	129	LYLLANA	63
<i>lamivudine</i>	34, 39	lidocaine hcl	33, 129	LYNPARZA	17
<i>lamivudine-zidovudine</i>	36	lidocaine hcl (pf)	33	LYSODREN	20
<i>lamotrigine</i>	100	lidocaine hcl urethral/mucosal	129	LYZA	58
<i>lamotrigine er</i>	100	lidocaine pain relief	133	M.V.I. ADULT	121
<i>lansoprazole</i>	70	lidocaine pain relieving	133	M.V.I. PEDIATRIC	121
<i>lapatinib ditosylate</i>	17	lidocaine viscous hcl	126	mag-al plus	66
LARIN 1.5/30	57	lidocaine-prilocaine	129	mag-al plus xs	66
LARIN 1/20	57	LILLOW	58	magdelay	116
LARIN 24 FE	57	linezolid	38	mag-g	116
LARIN FE 1.5/30	57	linezolid in sodium chloride	38	MAGNEBIND 300	116
LARIN FE 1/20	57	LINZESS	68	MAGNEBIND 400	116
LARISSIA	58	liothyronine sodium	51	magnesium	116
LASTACAFT	79	liquid acetaminophen	32	magnesium 27	116
<i>latanoprost</i>	79	liquid allergy relief	87	magnesium chloride	116
LATUDA	105	lisinopril	50	magnesium oxide	66, 116
<i>laxative max str</i>	72	lisinopril-hydrochlorothiazide	48	magnesium sulfate	113
LAYOLIS FE	58	lithium	107	magnesium sulfate in d5w	113
LEENA	58	lithium carbonate	107	malathion	132
<i>leflunomide</i>	25	lithium carbonate er	107	manganese chloride	116
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	17	<i>I-methylfolate calcium</i>	121	mapap	32
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	17	<i>I-methylfolate-b6-b12</i>	121	mapap arthritis pain	32
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	17	<i>I-methyl-mc</i>	121	MAPAP CHILDRENS	32
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	17	<i>I-methyl-mc nac</i>	121	MAR-COF CG EXPECTORANT	93
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN 1.5/30 (21)	58	marlissa	58
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN 1/20 (21)	58	MARPLAN	103
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN FE 1.5/30	58	MATULANE	22
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN FE 1/20	58	MAVYRET	39
		<i>lohist-dm</i>	93	MAXIMUM D3	121
		LOKELMA	52	maxi-tuss ac	93

maxi-tuss cd	93	MICROGESTIN 1.5/30	58	nabumetone	28
maxi-tuss g	93	MICROGESTIN 1/20	58	nadolol	46
maxi-tuss gmx	93	MICROGESTIN FE 1.5/30	58	nafcillin sodium	43
m-clear wc	93	MICROGESTIN FE 1/20	58	NAGLAZYME	62
m-dryl	87	midodrine hcl	49	nalbuphine hcl	29
meclizine hcl	67	miglustat	62	naloxone hcl	110
medroxyprogesterone acetate ...	58, 64	MILI	59	naltrexone hcl	110
mefloquine hcl	39	milk of magnesia	72	NAMZARIC	102
megestrol acetate	20, 64	MIMVEY	63	NAPHCON-A	79
MEKINIST	17	MINITRAN	50	naproxen	28
MEKTOVI	17	minocycline hcl	44	naproxen sodium	28
melatonin	50, 112	minoxidil	49	naratriptan hcl	107
meloxicam	28	mintox maximum strength	66	NARCAN	110
memantine hcl	102	MINTOX PLUS	66	nasal decongestant	94
memantine hcl er	102	mirtazapine	103	nasal decongestant max st	94
MENACTRA	26	misoprostol	68	nasal decongestant pe	94
MENQUADFI	26	MITIGARE	33	nasal decongestant spray	94
MENVEO	26	M-M-R II	26	nasal four	94
MEPHYTON	121	m-natal plus	114	nasal relief	94
mercaptopurine	21	moexipril hcl	50	nasal spray 12 hour	94
meropenem	38	molindone hcl	105	nasal spray extra moisturizing	94
mesalamine	69	mometasone furoate	131	NASCOBAL	122
mesalamine er	69	MONDOXYNE NL	44	NATACYN	80
mesalamine-cleanser	69	MONJUVI	17	nateglinide	53
MESNEX	21	MONO-LINYAH	59	NATPARA	64
METADATE ER	112	montelukast sodium	90	NAYZILAM	100
metformin hcl	53	morphine sulfate	29	NECON 0.5/35 (28)	59
metformin hcl er	53	morphine sulfate (concentrate)	29	nefazodone hcl	103
methadone hcl	30	morphine sulfate (pf)	29	neomycin sulfate	38
METHADONE HCL INTENSOL	30	morphine sulfate er	30	neomycin-bacitracin zn-polymyx	80
methazolamide	49	MOVANTIK	68	neomycin-polymyxin-dexameth	80
methenamine hippurate	38	moxifloxacin hcl	42, 80	neomycin-polymyxin-gramicidin	80
methimazole	51	m-pap	32	neomycin-polymyxin-hc	80, 83
methocarbamol	98	MUCINEX CHILDRENS STUFFY		NEPHPLEX RX	122
methotrexate	25	NOSE	94	NEPHRON FA	78
methotrexate sodium	21	MUCINEX FAST-MAX CHEST		NERLYNX	17
methotrexate sodium (pf)	21	CONG MS	94	NEUPRO	97
methyldopa	49	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL	94	nevirapine	34
methylphenidate hcl	112	mucus & chest congestion	94	nevirapine er	34
methylphenidate hcl er	112	mucus relief chest congestion	94	NEXAVAR	17
methylprednisolone	63	MULTAQ	44	niacin	122
methylprednisolone acetate	63	multiple vitamins essential	121	niacin er	122
methylprednisolone sodium succ	63	MULTITRACE-4 NEONATAL	117	niacin er (antihyperlipidemic)	45
metoclopramide hcl	67	MULTITRACE-4 PEDIATRIC	117	niacinamide	122
metolazone	49	MULTITRACE-5	118	nicardipine hcl	47
metoprolol succinate er	46	multitrace-5 concentrate	118	NICODERM CQ	110
metoprolol tartrate	46	multi-vit/iron/fluoride	121	NICOMIDE	122
metoprolol-hydrochlorothiazide	46	multivitamin/fluoride	121, 122	nicotine	110
metronidazole	38, 74, 133	multivitamin/fluoride/iron	122	nicotine mini	110
metronidazole in nacl	38	multi-vitamins	122	nicotine polacrilex	110
metyrosine	49	mupirocin	130	nicotine step 1	110
MI-ACID	66	MURO 128	82	nicotine step 2	110
mi-acid gas relief	68	MVASI	17	nicotine step 3	110
MIBELAS 24 FE	58	MVC-FLUORIDE	122	NICOTROL	111
micafungin sodium	37	mycophenolate mofetil	25	NICOTROL NS	111
miconazole 3 applicator	74	mycophenolate sodium	25	nifedipine er	47
miconazole 3 combo-supp	74	MYORISAN	129	nifedipine er osmotic release	47
miconazole 7	74	MYRBETRIQ	74	NIFEREX	78
miconazole nitrate	74, 128	na ferric gluc cplx in sucrose	78	NIKKI	59
MICRO GUARD	128			nilutamide	20

nimodipine.....	47	nystatin.....	37, 126, 128	pain & fever infants.....	32
NINJACOF-XG.....	94	NYSTOP.....	128	pain relief extra strength.....	32
NINLARO.....	17	OCELLA.....	59	pain relief regular strength.....	33
nitazoxanide.....	38	OCTAGAM.....	24	paliperidone er.....	106
nitisinone.....	62	octreotide acetate.....	62	pamidronate disodium.....	64
NITRO-BID.....	50	OCUVITE ADULT 50+.....	122	pan-c 500/bioflavonoids.....	122
nitrofurantoin macrocrystal.....	38	OCUVITE ADULT FORMULA.....	122	PANRETIN.....	133
nitrofurantoin monohyd macro.....	38	ODEFSEY.....	36	pantoprazole sodium.....	70
nitroglycerin.....	50	ODOMZO.....	17	PANZYGA.....	24
nizatidine.....	65	OFEV.....	88	PARAPLATIN.....	15
no drip nasal spray.....	94	ofloxacin.....	80, 83	paricalcitol.....	52
NORA-BE.....	59	OGIVRI.....	18	paromomycin sulfate.....	38
norethrin ace-eth estrad-fe.....	59	olanzapine.....	106	paroxetine hcl.....	103
norethindrone.....	59	olmesartan medoxomil.....	44	PASER.....	35
norethindrone acetate.....	64	olmesartan medoxomil-hctz.....	48	PAXIL.....	103
norethindrone acet-ethinyl est.....	59	olmesartan-amlodipine-hctz.....	48	ped electrolyte freezer pops.....	114
norethindrone-eth estradiol.....	63	olopatadine hcl.....	79	PEDIA-LAX.....	72
norethin-eth estradiol-fe.....	59	omeprazole.....	70	PEDIARIX.....	26
norgestimate-eth estradiol.....	59	OMNIPOD 5 PACK.....	55	pediatric electrolyte.....	114
norgestim-eth estrad triphasic.....	59	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS.....	55	PEDVAX HIB.....	26
NORLYROC.....	59	OMNIPOD STARTER.....	55	peg 3350.....	72
NORPACE CR.....	44	once daily.....	122	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	72
NORTREL 0.5/35 (28).....	59	once daily/iron.....	122	peg-3350/electrolytes.....	72
NORTREL 1/35 (21).....	59	ondansetron.....	67	PEGASYS.....	40
NORTREL 1/35 (28).....	59	ondansetron hcl.....	67	PEMAZYRE.....	18
NORTREL 7/7/7.....	59	one daily.....	122	penicillamine.....	52
nortriptyline hcl.....	103	ONTRUZANT.....	18	penicillin g pot in dextrose.....	43
NORVIR.....	34	ONUREG.....	21	penicillin g potassium.....	43
norwegian cod liver oil.....	122	OPSUMIT.....	50	penicillin g procaine.....	43
NOVAFERRUM.....	78	ORALYTE.....	114	penicillin g sodium.....	43
NOVAFERRUM 50.....	78	ORALYTE FREEZER POPS.....	114	penicillin v potassium.....	43
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	122	ORA-PLUS.....	51	PENTACEL.....	26
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS.....	78	ORASEP.....	126	pentamidine isethionate.....	38
NOVOLIN 70/30.....	55	ORGOVYX.....	20	pentoxifylline er.....	76
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	54	ORKAMBI.....	88, 89	PENTRAVAN.....	133
NOVOLIN N.....	55	ORSYTHIA.....	59	PENTRAVAN PLUS.....	133
NOVOLIN N FLEXPEN.....	55	OS-CAL.....	116	peptic relief.....	67
NOVOLIN R.....	55	oseltamivir phosphate.....	39, 40	perindopril erbumine.....	50
NOVOLIN R FLEXPEN.....	55	oxacillin sodium.....	43	PERIOGARD.....	126
NOVOLOG.....	55	oxaliplatin.....	15	PERIOMED.....	126
NOVOLOG FLEXPEN.....	55	oxandrolone.....	52	permethrin.....	132
NOVOLOG MIX 70/30.....	55	oxcarbazepine.....	100	perphenazine.....	106
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	55	oxybutynin chloride.....	74	PERSERIS.....	106
NOVOLOG PENFILL.....	55	oxybutynin chloride er.....	74	petrolatum.....	51
NOXAFIL.....	37	oxycodone hcl.....	29	PFIZERPEN.....	43
NUBEQA.....	20	oxycodone-acetaminophen.....	29	pharbedryl.....	87
NUEDEXTA.....	107	OXYCONTIN.....	30	PHARBETOL.....	33
NUFERA.....	78	OYSCO 500.....	116	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	33
NU-IRON.....	78	OYSCO 500+D.....	116	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	69
NULOJIX.....	25	oyster shell calcium.....	116	phendimetrazine tartrate.....	111
NULYTELY LEMON-LIME.....	72	oyster shell calcium 500 + d.....	116	phendimetrazine tartrate er.....	111
NU-MAG.....	116	oyster shell calcium w/d.....	116	phenelzine sulfate.....	103
NUPLAZID.....	105	oyster shell calcium/d.....	116	phenobarbital.....	100
NUTRILIPID.....	118	oyster shell calcium/vitamin d.....	116	phenobarbital sodium.....	100
NYAMYC.....	128	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	53	phentermine hcl.....	111
NYLIA 7/7/7.....	59	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	53	PHENYTEK.....	100
NYMALIZE.....	47	PACERONE.....	44	phenytoin.....	100
NYMYO.....	59	paclitaxel.....	22	phenytoin sodium.....	100
		pain & fever childrens.....	32	phenytoin sodium extended.....	100
				PHESGO.....	18

PHILITH	59	PRIFTIN	35	qc loratadine-d	94
phytonadione	122	primaquine phosphate	39	qc miconazole 7	74
PIFELTRO	34	primidone	100	qc milk of magnesia	72
pilocarpine hcl	79, 126	PRIVIGEN	24	qc natural vegetable	72
pimozide	106	probenecid	33	qc natural vegetable laxative	72
PIMTREA	59	PROCALAMINE	118	qc non-aspirin childrens	33
pindolol	46	prochlorperazine	67	qc non-aspirin extra strength	33
pioglitazone hcl	53	prochlorperazine edisylate	67	qc pain relief	33
piperacillin sod-tazobactam so	43	prochlorperazine maleate	67	qc pain relief childrens	33
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	18	PROCIT	76	qc pain relief extra strength	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	18	PROCTO-MED HC	133	qc povidone iodine	133
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	18	PROCTO-PAK	133	qc stool softener	72
PIRMELLA 1/35	59	PROCTOZONE-HC	133	qc stool softener pls laxative	72
piroxicam	28	PROGRAF	25	qc suphedrine maximum strength	94
PLASMA-LYTE 148	113	PROLASTIN-C	89	qc tolnaftate	128
PLASMA-LYTE A	113	PROLENZA	81	qc triple antibiotic max st	130
PLENAMINE	118	PROLIA	64	qc tussin cf	95
PLENVU	72	PROMACTA	76	qc tussin dm cough/congestion	95
podofilox	133	promethazine hcl	67, 68	qc tussin mucus/congestion	95
poly vitamin	122	promethazine-codeine	94	QINLOCK	18
Polyethylene glycol 3350	51	promethazine-dm	94	Q-SORB	112
polymyxin b-trimethoprim	80	promethazine-phenyleph-codeine	94	Q-SORB CO Q-10	112
poly-tussin ac	94	propafenone hcl	44	QSYMIA	111
polyvitamin/iron	123	propafenone hcl er	44	QUADRACEL	26
POMALYST	22	paracetamol hcl	82	quetiapine fumarate	106
PORTIA-28	59	propanolol hcl	46	quetiapine fumarate er	106
posaconazole	37	propylthiouracil	51	quinapril hcl	50
potassium chloride	113, 114	PROQUAD	26	quinapril-hydrochlorothiazide	48
potassium chloride crys er	114	PROSOL	118	quinidine sulfate	44
potassium chloride er	114	protriptyline hcl	103	quinine sulfate	39
potassium chloride in dextrose	113	pseudoeph-bromphen-dm	94	ra balanced b-100	123
potassium chloride in nacl	113	pseudoephedrine hcl	94	ra balanced b-50	123
potassium citrate er	75	pseudoephedrine hcl er	94	ra coenzyme q-10	112
povidone-iodine	133	PULMICORT FLEXHALER	89	ra vitamin b-1	123
PRALUENT	45	PULMOZYME	89	ra vitamin b12	123
pramipexole dihydrochloride	97	purevit dualfe plus	78	ra vitamin c cr	123
prasugrel hcl	79	PURIXAN	21	RABAVERT	26
pravastatin sodium	45	pyrazinamide	35	rabeprazole sodium	70
praziquantel	38	pyridostigmine bromide	107	raloxifene hcl	62
prazosin hcl	46	pyridoxine hcl	123	ramipril	50
prednisolone	63	qc all day allergy	87	ranolazine er	49
prednisolone acetate	81	qc antacid	66	rasagiline mesylate	97
prednisolone sodium phosphate	63, 81	qc antacid/anti-gas	66	RAYALDEE	52
prednisone	63, 64	qc anti-diarrheal	67	RECLIPSEN	59
PREDNISONE INTENSOL	63	qc anti-itch extra strength	128	RECOMBIVAX HB	26
preferred plus insulin syringe	55	qc arthritis pain relief	33	RECTIV	133
pregabalin	100	qc aspirin	33	reeses pinworm medicine	38
pregabalin er	107	qc calamine	133	REFRESH	82
PREMASOL	118	qc childrens allergy	87	REFRESH CELLUVISC	82
prenatal	114, 123	qc childrens ibuprofen	28	REFRESH LIQUIGEL	82
prenatal vitamin plus low iron	114	qc diarrhea relief	67	REFRESH OPTIVE	82
prenatal vitamins	123	qc enema	72	REFRESH OPTIVE ADVANCED	82
PRESERVISION AREDS	123	qc enteric aspirin	33	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
PRESERVISION AREDS 2	123	qc epsom salt	72	PF	82
PRESERVISION/LUTEIN	123	qc fexofenadine hydrochloride	87	REFRESH OPTIVE MEGA-3	82
PREVALITE	45	qc fiber laxative	72	REFRESH OPTIVE PF	82
PREVIFEM	59	qc gas relief extra strength	69	REFRESH PLUS	82
PREVYMIS	40	qc gentle laxative	72	REFRESH RELIEVA	82
PREZCOBIX	36	qc loratadine allergy relief	87	REFRESH TEARS	82
PREZISTA	34			REGRANEX	129

RELENZA DISKHALER	40	SAJAZIR	76	sm allergy childrens.....	87
RELI-ON INSULIN SYRINGE	55	SANDIMMUNE	25	sm allergy relief.....	87
RELISTOR	69	SANTYL	129	sm animal shapes kids first.....	123
REMEDY ANTIFUNGAL	128	sapropterin dihydrochloride	62	sm antacid advanced.....	66
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL	128	sb allergy relief/nasal decong	95	sm antacid advanced max st.....	66
REMICADE	23	sb lice killing max st	132	sm antacid maximum strength.....	66
RENAL	123	sb oyster shell calcium	116	sm antacid/antigas.....	66
rena-vite	123	scopolamine	68	sm antibiotic.....	130
RENFLEXIS	23	SECUADO	106	sm anti-diarrheal.....	67
reno caps	123	selegiline hcl	98	sm antifungal clotrimazole.....	128
repaglinide	53	selenious acid	118	sm antifungal miconazole.....	128
RESTASIS	82	selenium sulfide	130	sm antifungal tolnaftate.....	128
RESTASIS MULTIDOSE	82	SELZENTRY	35	sm anti-itch extra strength.....	128
RESTORA RX	69	SENEXON-S	72	sm antiseptic skin cleanser.....	133
RETEVMO	18	senna	72, 73	sm arthritis pain relief.....	33
REVLIMID	22	senna laxative	73	sm aspirin.....	33
REXULTI	106	senna plus	73	sm aspirin ec.....	33
REYATAZ	34	senna s	73	sm athletes foot.....	128
REZUROCK	25	senna-lax	73	sm b100 complex.....	123
RHOPRESSA	79	senna-s	73	sm balanced b-50.....	123
RIABNI	18	senna-tabs	73	sm b-complex.....	123
ribavirin	40	senna-time	73	sm calamine.....	133
RID LICE KILLING SHAMPOO	132	senna-time s	73	sm calamine phenolated.....	133
rifabutin	35	SENNO	73	sm calcium 600/vitamin d.....	116
rifampin	35	SEREVENT DISKUS	84	sm calcium citrate w/vit d3.....	117
riluzole	107	sertraline hcl	103	sm calcium-magnesium-zinc.....	117
rimantadine hcl	40	se-tan plus	78	sm chewable c.....	123
RINVOQ	23	SETLAKIN	59	sm childrens ibuprofen.....	28
risedronate sodium	64	sevelamer carbonate	51	sm childrens loratadine.....	87
RISPERDAL CONSTA	106	SHAROBEL	59	sm clotrimazole vaginal.....	74
risperidone	106	SHINGRIX	27	sm coenzyme q-10.....	112
ritonavir	35	SIGNIFOR	62	sm cough dm.....	95
RITUXAN	18	silace	73	sm cough dm childrens.....	95
RITUXAN HYCELA	18	siladryl allergy	87	sm ear drops.....	134
rivastigmine	102	sildenafil citrate	50	sm enema.....	73
rivastigmine tartrate	102	silphen dm cough	95	sm fexofenadine hcl.....	87
RIVELSA	59	siltussin das	95	sm fiber.....	73
rizatriptan benzoate	107	siltussin dm das	95	sm folic acid.....	123
robafen cf multi-symptom cold	95	siltussin sa	95	sm gas relief.....	69
ROBAFEN DM CGH/CHEST		siltussin-dm alcohol free	95	sm gas relief antiflatuent.....	69
CONGEST	95	silver sulfadiazine	130	sm gas relief extra strength.....	69
ROBAFEN DM COUGH	95	SIMBRINZA	79	sm gas relief infants.....	69
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMLIYA	59	sm gentle laxative.....	73
CONGESTION	95	SIMPESSE	59	sm ibuprofen ib.....	28
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	95	simvastatin	45	sm infants ibuprofen.....	28
ropinirole hcl	98	sinus 12 hour	95	sm iron slow release.....	78
ROSADAN	133	sinus nasal spray	95	sm lice killing max strength.....	132
rosuvastatin calcium	45	sinus relief extra strength	95	sm lice solution kit.....	132
ROTARIX	26	sirolimus	25	sm lice treatment.....	132
ROTATEQ	27	SIRTURO	35	sm loratadine.....	87
ROWEEPRA	100	SIVEXTRO	38	sm loratadine allergy relief.....	87
ROZLYTREK	18	SKYRIZI	23	sm lorata-dine d.....	95
RUBRACA	18	SKYRIZI (150 MG DOSE)	23	sm lubricant eye drops.....	82
rufinamide	100	SKYRIZI PEN	23	sm lubricating plus.....	82
RUKOBIA	35	slow release iron	78	sm lubricating tears.....	82
RUXIENCE	18	sm 3-day vaginal	74	sm magnesium.....	117
RYBELSUS	53	sm 8 hour pain relief	33	sm miconazole 3.....	74
RYDAPT	18	sm all day allergy	87	sm miconazole 3 applicator.....	74
rynex pse	95	sm all day allergy childrens	87	sm miconazole 7.....	74
		sm all day allergy-d	95	sm milk of magnesia.....	73

<i>sm multiple vitamins essential</i>	.....	123	<i>spironolactone-hctz</i>	.....	49	SYSTANE OVERNIGHT
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	.....	123	SPRINTEC 28	.....	59	THERAPY
<i>sm nasal decongestant max st</i>	.....	95	SPRITAM	.....	101	SYSTANE PRESERVATIVE FREE
<i>sm nasal decongestant pe</i>	.....	95	SPRYCEL	.....	18	SYSTANE ULTRA
<i>sm nasal spray</i>	.....	96	SPS	.....	52	SYSTANE ULTRA PF
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	.....	95	SRONYX	.....	59	TAB-A-VITE
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	.....	96	SSD	.....	130	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE
<i>sm nasal spray sinus</i>	.....	96	STELARA	.....	23	<i>tab-a-vite/iron</i>
<i>sm nicotine</i>	.....	111	<i>sterile water for irrigation</i>	.....	129	TABLOID
<i>sm nicotine polacrilex</i>	.....	111	<i>stimulant laxative</i>	.....	73	TABRECTA
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	.....	96	STIVARGA	.....	18	<i>tacrolimus</i>
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	.....	117	<i>stomach relief</i>	.....	67	TAFINLAR
<i>sm pain & fever childrens</i>	.....	33	<i>stool softener</i>	.....	73	TAGRISSO
<i>sm pain & fever infants</i>	.....	33	<i>stool softener laxative</i>	.....	73	TALTZ
<i>sm pain relief</i>	.....	33	<i>stool softener plus laxative</i>	.....	73	TALZENNA
<i>sm pain reliever</i>	.....	33	<i>streptomycin sulfate</i>	.....	38	<i>tamoxifen citrate</i>
<i>sm pain reliever ex st</i>	.....	33	<i>stress formula</i>	.....	124	<i>tamsulosin hcl</i>
<i>sm pediatric electrolyte</i>	.....	114	<i>stress formula/iron</i>	.....	124	TARGETIN
<i>sm povidone-iodine</i>	.....	133	STRIBILD	.....	36	TARINA 24 FE
<i>sm senna laxative</i>	.....	73	STROVITE FORTE	.....	124	TARINA FE 1/20 EQ
<i>sm senna-s</i>	.....	73	STROVITE ONE	.....	124	TASIGNA
<i>sm stomach relief</i>	.....	67	SUBVENITE	.....	101	<i>tazarotene</i>
<i>sm stool softener</i>	.....	73	<i>sucralfate</i>	.....	69	TAZICEF
<i>sm stool softener/laxative</i>	.....	73	SUDOGEST	.....	96	TAZORAC
<i>sm super b complex/c</i>	.....	123	<i>sudogest 12 hour</i>	.....	96	TAZTIA XT
<i>sm triple antibiotic</i>	.....	130	SUDOGEST MAXIMUM	.....		TAZVERIK
<i>sm triple antibiotic max st</i>	.....	130	STRENGTH	.....	96	TDVAX
<i>sm tussin cf</i>	.....	96	<i>sulfacetamide sodium</i>	.....	80	TECENTRIQ
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	.....	96	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	.....	129	TEFLARO
<i>sm tussin dm</i>	.....	96	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	.....	80	<i>telmisartan</i>
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	.....	96	<i>sulfadiazine</i>	.....	38	<i>telmisartan-amlodipine</i>
<i>sm vit c/rose hips</i>	.....	123	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	.....	38	<i>telmisartan-hctz</i>
<i>sm vitamin b1</i>	.....	123	SULFAMYRON	.....	130	<i>temazepam</i>
<i>sm vitamin b-12</i>	.....	123	<i>sulfasalazine</i>	.....	69	TEMIXYS
<i>sm vitamin b12 tr</i>	.....	123	<i>sulindac</i>	.....	28	TENIVAC
<i>sm vitamin b-6</i>	.....	123	<i>sumatriptan</i>	.....	107, 108	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>
<i>sm vitamin c</i>	.....	123, 124	<i>sumatriptan succinate</i>	.....	108	TEPMETKO
<i>sm vitamin c cr</i>	.....	123	<i>sumatriptan succinate refill</i>	.....	108	<i>terazosin hcl</i>
<i>sm vitamin d3</i>	.....	124	<i>sunitinib malate</i>	.....	18	<i>terbinafine hcl</i>
<i>sm vitamin e</i>	.....	124	SUPER NU-THERA	.....	124	<i>terbutaline sulfate</i>
<i>sm zinc gluconate</i>	.....	117	SUPER QINTS B-50	.....	124	<i>terconazole</i>
<i>sodium bicarbonate</i>	.....	66	<i>superplex-t</i>	.....	124	TESSALON PERLES
<i>sodium chloride</i>	.....	96, 113, 129	<i>suphedrine 12hour</i>	.....	96	<i>testosterone</i>
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	.....	83	SUPREP BOWEL PREP KIT	.....	73	<i>testosterone cypionate</i>
<i>sodium fluoride</i>	.....	114	SYEDA	.....	60	<i>testosterone enanthate</i>
<i>sodium phenylbutyrate</i>	.....	62	SYMBICORT	.....	88	<i>tetrabenazine</i>
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	.....	52	SYMDEKO	.....	89	<i>tetracycline hcl</i>
<i>solifenacin succinate</i>	.....	74	SYMJEPI	.....	89	THALOMID
SOLIQUA	.....	55	SYMPAZAN	.....	101	THEO-24
SOLTAMOX	.....	20	SYMTUZA	.....	36	<i>theophylline</i>
SOLU-CORTEF	.....	64	SYNAREL	.....	62	<i>theophylline er</i>
SOMATULINE DEPOT	.....	62	SYNERCID	.....	38	TERA
SOMAVERT	.....	62	SYNJARDY	.....	53	THERATEARS
SOOTHE & COOL INZO			SYNJARDY XR	.....	54	THERATEARS PF
ANTIFUNGAL	.....	128	SYNRIBO	.....	22	THEREMS
SORINE	.....	45	SYNTHROID	.....	51	<i>thiamine hcl</i>
<i>sotalol hcl</i>	.....	45	SYSTANE	.....	83	<i>thiamine mononitrate</i>
<i>sotalol hcl (af)</i>	.....	45	SYSTANE BALANCE	.....	83	<i>thioridazine hcl</i>
<i>span c</i>	.....	124	SYSTANE COMPLETE	.....	83	<i>thiothixene</i>
<i>spironolactone</i>	.....	44				<i>thrivite 19</i>

TIADYLT ER	47	TRI-LO-ESTARYLLA	60	valproate sodium	101
<i>tiagabine hcl</i>	101	TRI-LO-MARZIA	60	valproic acid	101
TIBSOVO	19	TRI-LO-MILI	60	valsartan	44
<i>tigecycline</i>	44	TRI-LO-SPRINTEC	60	valsartan-hydrochlorothiazide	48
TILIA FE	60	<i>trimethoprim</i>	39	VALTOCO 10 MG DOSE	101
<i>timolol maleate</i>	46, 79	TRI-MILI	60	VALTOCO 15 MG DOSE	101
TIVICAY	35	<i>trimipramine maleate</i>	103	VALTOCO 20 MG DOSE	101
TIVICAY PD	35	TRINTELLIX	103, 104	VALTOCO 5 MG DOSE	101
<i>tizanidine hcl</i>	98	TRI-NYMYO	60	VANADOM	98
<i>tl-hem 150</i>	78	<i>triphocaps</i>	124	<i>vancomycin hcl</i>	39
TOBRADEX	80	<i>triple antibiotic</i>	130	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	39
TOBRADEX ST	80	<i>triple antibiotic plus</i>	130	VANDAZOLE	74
<i>tobramycin</i>	38, 80	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	130	VAQTA	27
<i>tobramycin sulfate</i>	39	TRI-PREVIFEM	60	VARIVAX	27
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	80	TRI-SPRINTEC	60	VASCEPA	45
<i>tolnaftate</i>	128	TRIUMEQ	36	<i>vegetable lax+stool softener</i>	73
<i>tolnaftate antifungal</i>	128	<i>tri-vitamin/fluoride</i>	124	VELCADE	19
<i>tolterodine tartrate</i>	75	TRIVORA (28)	60	VELIVET	60
<i>tolterodine tartrate er</i>	75	TRI-VYLIBRA	60	VELTASSA	52
<i>topiramate</i>	101	TRI-VYLIBRA LO	60	VEMLIDY	40
TOPOSAR	22	TROGARZO	35	VENCLEXTA	19
<i>toremifene citrate</i>	20	TROPHAMINE	118	VENCLEXTA STARTING PACK	19
<i>torsemide</i>	49	<i>trospium chloride</i>	75	<i>venlafaxine hcl</i>	104
<i>total b/c</i>	124	TRULICITY	54	<i>venlafaxine hcl er</i>	104
TOVIAZ	75	TRUMENBA	27	VENOFER	78
TPN ELECTROLYTES	114	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	19	VENTAVIS	50
TRADJENTA	54	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	19	VENTOLIN HFA	84
TRALEMENT	118	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	19	<i>verapamil hcl</i>	47
<i>tramadol hcl</i>	29	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	19	<i>verapamil hcl er</i>	47
<i>tramadol-acetaminophen</i>	29	TRUXIMA	19	VERSACLOZ	106
<i>trandolapril</i>	50	TUKYSA	19	VERZENIO	19
<i>tranexamic acid</i>	76	TURALIO	19	VESTURA	60
<i>tranylcypromine sulfate</i>	103	TUSNEL C	96	VICTOZA	54
TRAVASOL	118	<i>tusnel diabetic</i>	96	VIENVA	60
TRAZIMERA	19	TUSNEL-EX	96	<i>vigabatrin</i>	101
<i>trazodone hcl</i>	103	TUSSICAPS	96	VIGADRONE	101
TRECATOR	35	<i>tussin cf</i>	96	VIIBRYD	104
TRELEGY ELLIPTA	88	<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	96	VIIBRYD STARTER PACK	104
TRELSTAR MIXJECT	20	<i>tussin cough</i>	96	VIMPAT	101
<i>treprostинil</i>	50	<i>tussin dm</i>	96, 97	<i>vincristine sulfate</i>	22
TRESIBA	55	<i>tussin dm cough + chest</i>	96	<i>vinorelbine tartrate</i>	22
TRESIBA FLEXTOUCH	55	<i>tussin dm max</i>	96	<i>viorele</i>	60
<i>tretinoin</i>	22, 129	<i>tussin mucus & chest congest</i>	97	VIRACEPT	35
<i>triamcinolone acetonide</i>	126, 131	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	97	VIREAD	35
<i>tramterene-hctz</i>	49	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	97	<i>virt-caps</i>	124
<i>tri-buffered aspirin</i>	33	TWINRIX	27	VIRT-GARD	124
TRICARE	114	TYBOST	35	<i>virtussin a/c</i>	97
TRICON	78	TYDEMY	60	<i>virtussin ac wlalc</i>	97
TRIDERM	131	TYPHIM VI	27	<i>virtussin dac</i>	97
<i>trientine hcl</i>	52	UBRELVY	108	VITAFOL	124
TRI-ESTARYLLA	60	UDAMIN SP	124	VITAL-D RX	124
TRIFERIC	78	UKONIQ	19	<i>vitamin a</i>	124
<i>trifluoperazine hcl</i>	106	<i>ultra lubricating eye drops</i>	83	<i>vitamin b-1</i>	124
<i>trifluridine</i>	80	UNITHROID	51	<i>vitamin b-12</i>	125
<i>trigels-f forte</i>	78	<i>ursodiol</i>	69	<i>vitamin b-12 er</i>	124
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	98	valacyclovir hcl	40	<i>vitamin b12 tr</i>	125
TRIJARDY XR	54	VALCHLOR	133		
TRIKAFTA	89	<i>valganciclovir hcl</i>	40		
TRI-LEGEST FE	60				
TRI-LINYAH	60				

vitamin b-6.....	125	XTANDI.....	20	
vitamin c.....	125	XULANE.....	60	
vitamin c er.....	125	XULTOPHY.....	55	
vitamin c/rose hips tr.....	125	XYREM.....	109	
vitamin c-rose hips er.....	125	YF-VAX.....	27	
vitamin c-rose hips tr.....	125	yl coenzyme q10.....	112	
vitamin d.....	125	YUVAFEM.....	63	
vitamin d (cholecalciferol).....	125	ZAFEMY.....	61	
vitamin d (ergocalciferol).....	125	zafirlukast.....	90	
vitamin d3.....	125, 126	zaleplon.....	108	
vitamin e.....	126	ZARAH.....	61	
vitamin k1.....	126	ZARXIO.....	76	
vitamins acd-fluoride.....	126	ZEASORB-AF.....	128	
vitamins for hair.....	126	ZEJULA.....	20	
VITRAKVI.....	19	ZELBORAF.....	20	
VITREXYL.....	126	ZEMAIRA.....	89	
VITREXYL + IRON.....	126	ZENATANE.....	129	
VIVITROL.....	111	ZENPEP.....	70	
VIZIMPRO.....	19	ZERVIASTE.....	79	
voriconazole.....	37	zidovudine.....	35	
VOSEVI.....	40	zinc.....	117	
VOTRIENT.....	19	zinc chloride.....	118	
vp-vite rx.....	126	zinc gluconate.....	117	
VRAYLAR.....	106, 107	zinc oxide.....	133	
VYFEMLA.....	60	zinc sulfate.....	117	
VYLIBRA.....	60	ziprasidone hcl.....	107	
VYZULTA.....	79	ziprasidone mesylate.....	107	
warfarin sodium.....	75	ZIRABEV.....	20	
wee care.....	78	ZIRGAN.....	80	
WERA.....	60	zoledronic acid.....	64	
westab mini.....	126	ZOLINZA.....	20	
womens laxative.....	73	zolmitriptan.....	108	
WYMZYA FE.....	60	zolpidem tartrate.....	108	
XALKORI.....	19	zonisamide.....	102	
XARELTO.....	76	zoo friends.....	126	
XARELTO STARTER PACK.....	76	zoo friends complete.....	126	
XATMEP.....	25	zoo friends gummies.....	126	
XCOPRI.....	101	ZORTRESS.....	25	
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	101	ZOSTRIX HP.....	133	
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	101	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF		
XELJANZ.....	23	.....	134
XELJANZ XR.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	61	
XENICAL.....	62	ZUMANDIMINE.....	61	
XERAC AC.....	133	ZYDELIG.....	20	
XERMELO.....	69	ZYKADIA.....	20	
XGEVA.....	64	ZYLET.....	80	
XIFAXAN.....	69	ZYPREXA RELPREVV.....	107	
XIGDUO XR.....	54			
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	40			
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	40			
XOLAIR.....	89			
XOSPATA.....	19			
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY).....	19			
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).. <td><td>19</td><td></td><td></td></td>	<td>19</td> <td></td> <td></td>	19		
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	19			
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).. <td><td>19</td><td></td><td></td></td>	<td>19</td> <td></td> <td></td>	19		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	19			
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).. <td><td>19</td><td></td><td></td></td>	<td>19</td> <td></td> <td></td>	19		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	20			

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

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 10/5/2021.

H9576_PharmList22 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.