



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

POR FAVOR LEIA: ESTE DOCUMENTO CONTÉM INFORMAÇÕES SOBRE OS MEDICAMENTOS QUE ABRANGE-MOS NESTE PLANO Em caso de dúvidas ou questões, por favor, telefone para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Identificação de Submissão de Arquivo do Formulário Aprovado do HPMS: H9576. Não fazemos alterações neste formulário desde 11/2021.

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

Introdução

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

Índice

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

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

B9. E se for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o seu medicamento na Lista de Medicamentos ou tiver algum problema para obtê-lo?	10
B10. Você pode pedir uma exceção para cobrir o seu medicamento?	11
B11. Como é que pode pedir uma exceção?	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	12
B13. O que são medicamentos genéricos?	12
B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?	12
B15. Qual é o seu copagamento?	12
B16. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da Lista de Medicamentos Cobertos.....	13
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	14
D. Índice de Medicamentos Cobertos	133

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



A. Isenção de Responsabilidade

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

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

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



អ្នកអាចចូរបានស័ីសំឡើទុកសារ។
ការហេរបស់អ្នកនឹងចូរបានគោហេត្តក្រឡប់មកវិញ្ញុដែលធ្វើការបន្ទាប់។
ការទូរសព្ទគឺតាមគិតផ្សេងៗ។

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

B. Perguntas Frequentes (FAQ)

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

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

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

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

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



- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para 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 Medicaid ao fazer alterações. Podemos adicionar ou remover medicamentos na Lista de Medicamentos, ao longo do ano.

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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



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

Quando estas alterações acontecerem, iremos:

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

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

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

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

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

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

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas 15-132. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Também nos pode pedir para enviar uma cópia.

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



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

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

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

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

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

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

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

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

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a secção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página 133.

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.

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

B11. Como é que pode pedir uma exceção?

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

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



B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

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

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

B13. O que são medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

B15. Qual é o seu copagamento?

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

B16. O que são níveis de medicamentos?

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

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

Todos os níveis não têm copagamento.

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



C. Visão geral da Lista de Medicamentos Cobertos

A *Lista de Medicamentos Cobertos* fornece informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver problemas para encontrar o seu medicamento na lista, vá até ao Índice de Medicamentos Cobertos, que começa na página 133. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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

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

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

C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

Os medicamentos nesta 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.

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

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

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

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

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

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

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

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

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



Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

Data Efetiva: 12/1/2021

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

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 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FARYDAK ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 280 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 420 MG, 560 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS

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
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
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

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
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG - UT/13.4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SUTENT ORAL CAPSULE 12.5 MG, 25 MG, 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

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
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; 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

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
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
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	
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

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
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZYTIGA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
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
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0, Nível 1	B/D
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml	\$0, Nível 2	B/D; NDS
epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml	\$0, Nível 1	B/D
Antimetabólitos		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg	\$0, Nível 2	B/D; NDS
cytarabine injection solution 20 mg/ml	\$0, Nível 1	B/D
fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml	\$0, Nível 1	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml	\$0, Nível 1	B/D
gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg	\$0, Nível 1	B/D
mercaptopurine oral tablet 50 mg	\$0, Nível 1	
methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	\$0, Nível 1	B/D
methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml	\$0, Nível 1	B/D
methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm	\$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		
bexarotene oral capsule 75 mg	\$0, Nível 2	PA; NDS
hydroxyurea oral capsule 500 mg	\$0, Nível 1	
INQOVI ORAL TABLET 35-100 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
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 400 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; NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nível 2	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tretinooin oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Imunomoduladores		
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
Inibidores Mitóticos		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS

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
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8.16 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/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 (0.5 per 28 days); NDS

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
Imunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0, Nível 2	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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, 50000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Imunossupressores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>sirolimus oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS

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
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	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0, Nível 2	
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml	\$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	
IPOP INJECTION INJECTABLE	\$0, Nível 2	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0, Nível 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nível 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nível 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$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
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0, Nível 2	B/D
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0, Nível 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML, 25 MCG/0.5ML (0.5ML SYRINGE)	\$0, Nível 2	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0, Nível 2	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0, Nível 2	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0, Nível 2	
ZOSTAVAX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 19400 UNT/0.65ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 999 days)
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
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

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
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, 500 mg	\$0, Nível 1	
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	
grp childrens ibuprofen suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
grp ibuprofen infants suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$0, Nível 3	DP
grp 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
goodsense ibuprofen junior st tablet chewable 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
hm ibuprofen childrens suspension 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$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 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
MEDI-PROFEN SUSPENSION 40 MG/ML ORAL 40 MG/ML	\$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	

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
naproxen oral tablet delayed release 375 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0, Nível 1	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
sb infants ibuprofen suspension 50 mg/1.25ml oral 50 mg/1.25ml	\$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 ibuprofen jr tablet 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)
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, 200 mcg, 600 mcg, 800 mcg	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 400 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)

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>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (4 per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (450 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetaminophen childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen er tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen suppository 120 mg rectal 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen suppository 650 mg rectal 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetaminophen tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

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
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 low dose tablet delayed release 81 mg oral 81 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
betatemp childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
childrens silapap liquid 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
childrens tactinal tablet chewable 80 mg oral 80 mg	\$0, Nível 3	DP
ECPIRIN TABLET DELAYED RELEASE 325 MG ORAL 325 MG	\$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
grp 8 hour pain reliever tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
grp arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
grp aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
grp infants pain/fever suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
grp pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
grp pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 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

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 pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 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 reliever tablet 325 mg oral 325 mg	\$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 tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
non-aspirin pain relief tablet 325 mg oral 325 mg	\$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 & fever tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
pain reliever extra strength tablet 500 mg oral 500 mg	\$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
qc arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg	\$0, Nível 3	DP
qc aspirin tablet 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
qc aspirin tablet delayed release 325 mg oral 325 mg	\$0, Nível 3	DP
qc non-aspirin childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
qc non-aspirin extra strength 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
<i>sb arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb non-aspirin extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb pain reliever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 8 hour pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm arthritis pain relief tablet extended release 650 mg oral 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin ec tablet delayed release 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin tri-buffered tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever childrens suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever infants suspension 160 mg/5ml oral 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever ex st tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tactinal extra strength tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tactinal tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-buffered aspirin tablet 325 mg oral 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<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
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG</i>	\$0, Nível 2	NDS

LENDA

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

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

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
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nível 2	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0, Nível 2	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
Agentes Antituberculares		
cycloserine oral capsule 250 mg	\$0, Nível 2	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 50-200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS

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
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
KALETRA ORAL TABLET 100-25 MG	\$0, Nível 2	
KALETRA ORAL TABLET 200-50 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0, Nível 2	NDS
TEMIXYS ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
AMBI SOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	

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>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (630 per 30 days); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0, Nível 1	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (93 per 30 days); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 365 days)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
Anti-Infecciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 9 gm/60ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	QL (12 per 365 days); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0, Nível 1	

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
gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml	\$0, Nível 1	
imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
ivermectin oral tablet 3 mg	\$0, Nível 1	PA
linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%	\$0, Nível 1	
linezolid intravenous solution 600 mg/300ml	\$0, Nível 1	
linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml	\$0, Nível 2	QL (1800 per 30 days); NDS
linezolid oral tablet 600 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg	\$0, Nível 1	
methenamine hippurate oral tablet 1 gm	\$0, Nível 1	
metronidazole in nacl intravenous solution 5-0.79 mg/ml-%	\$0, Nível 1	
metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
neomycin sulfate oral tablet 500 mg	\$0, Nível 1	
nitazoxanide oral tablet 500 mg	\$0, Nível 2	QL (6 per 30 days); NDS
nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg	\$0, Nível 2	
nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg	\$0, Nível 2	
paromomycin sulfate oral capsule 250 mg	\$0, Nível 1	
pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg	\$0, Nível 1	B/D
pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg	\$0, Nível 1	
praziquantel oral tablet 600 mg	\$0, Nível 1	
reeses pinworm medicine suspension 144 (50 base) mg/ml oral 144 (50 base) mg/ml	\$0, Nível 3	DP
reeses pinworm medicine tablet 180 mg oral 180 mg	\$0, Nível 3	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm	\$0, Nível 2	NDS
sulfadiazine oral tablet 500 mg	\$0, Nível 2	
sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml	\$0, Nível 1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml	\$0, Nível 1	
sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 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
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0, Nível 2	NDS
tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml	\$0, Nível 2	PA; NDS
tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml	\$0, Nível 1	
trimethoprim oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	
vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%	\$0, Nível 2	
vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg	\$0, Nível 1	
vancomycin hcl oral capsule 125 mg	\$0, Nível 1	QL (80 per 180 days)
vancomycin hcl oral capsule 250 mg	\$0, Nível 1	QL (160 per 180 days)
Antipalúdicos		
atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg	\$0, Nível 1	
chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0, Nível 2	
mefloquine hcl oral tablet 250 mg	\$0, Nível 1	
primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg	\$0, Nível 1	
primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg	\$0, Nível 2	
quinine sulfate oral capsule 324 mg	\$0, Nível 1	PA
Antivirais		
acyclovir oral capsule 200 mg	\$0, Nível 1	
acyclovir oral suspension 200 mg/5ml	\$0, Nível 1	
acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg	\$0, Nível 1	
acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml	\$0, Nível 1	B/D
adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg	\$0, Nível 2	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nível 1	
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	
famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0, Nível 1	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
lamivudine oral tablet 100 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
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (168 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (84 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0, Nível 2	QL (120 per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG, 2 X 20 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 40 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	

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
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 intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	\$0, Nível 1	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0, Nível 1	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nível 1	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)	\$0, Nível 2	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	\$0, Nível 1	
ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0, Nível 1	
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0, Nível 1	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	\$0, Nível 1	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	\$0, Nível 1	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nível 1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0, Nível 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0, Nível 1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0, Nível 1	
azithromycin oral packet 1 gm	\$0, Nível 1	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0, Nível 1	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 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
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0, Nível 1	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0, Nível 1	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 1	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0, Nível 1	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0, Nível 2	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 1	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg	\$0, Nível 1	
erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
erythromycin base oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg	\$0, Nível 1	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0, Nível 2	
ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0, Nível 1	
ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml	\$0, Nível 1	
levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml	\$0, Nível 1	
levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml	\$0, Nível 1	
levofloxacin oral solution 25 mg/ml	\$0, Nível 1	
levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg	\$0, Nível 1	
moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg	\$0, Nível 1	
Penicilinas		
amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0, Nível 1	
amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml	\$0, Nível 1	
amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg	\$0, Nível 1	
amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg	\$0, Nível 1	
amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 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
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	\$0, Nível 1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg	\$0, Nível 1	
amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg	\$0, Nível 1	
ampicillin oral capsule 500 mg	\$0, Nível 1	
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 2	NDS
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	

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>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0, Nível 1	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
MONDOXYNE NL ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 1	
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	

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
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
JUXTAPIID ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0, Nível 2	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 1	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0, Nível 1	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0, Nível 2	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 200 mg, 67 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral capsule 134 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)

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
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)
Bloqueadores Alfa		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0, Nível 1	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0, Nível 1	
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0, Nível 1	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
BYSTOLIC ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
BYSTOLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0, Nível 1	
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0, Nível 1	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	\$0, Nível 1	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	

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
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	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	\$0, Nível 1	
<i>TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)

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
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-valszartan-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)
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	

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>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
<i>ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML</i>	\$0, Nível 2	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	
<i>CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML</i>	\$0, Nível 2	
<i>CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG</i>	\$0, Nível 2	
<i>DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methyldopa oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	

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
NORTHERA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
NORTHERA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 62.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>NITRO-DUR TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 0.3 MG/HR, 0.8 MG/HR</i>	\$0, Nível 2	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0, Nível 1	

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>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0, Nível 1	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>acacia powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acesulfame potassium powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetic acid glacial solution 99 % (otc) 99 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetic acid solution 3 % 3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>acetyl-l-carnitine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>almond oil (sweet) oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aloe vera powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alum ammonium powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbyl palmitate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>banana concentrate liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzyl alcohol liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>betaine anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bioflavonoid citrus powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin-d powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismuth subcarbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>boric acid topical powder</i>	\$0, Nível 3	DP
BUFFER CREAM POWDER	\$0, Nível 3	DP
<i>butylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium citrate tetrahydrate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium hydroxide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium saccharate powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>CARBOGEL 940 GEL (OTC)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>CARBOHOL 940 GEL (OTC)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>carbomer homopolymer type c powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetyl alcohol flakes (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry concentrate concentrate oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry concentrate syrup oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cherry syrup oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chloroform solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chocolate concentrate concentrate</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cholesterol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chrysin powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citric acid anhydrous granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citric acid anhydrous powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clove oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

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
coal tar solution 20 % (otc) 20 %	\$0, Nível 3	DP
cocoa butter (otc)	\$0, Nível 3	DP
coconut oil oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q10 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
collodion flexible liquid external (otc)	\$0, Nível 3	DP
collodion liquid (otc)	\$0, Nível 3	DP
corn starch powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
cottonseed oil oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
creatine monohydrate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
croton oil oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
distilled water liquid oral	\$0, Nível 3	DP
ethoxy ethoxy ethanol reagent liquid	\$0, Nível 3	DP
ethyl alcohol solution 100 % (otc) 100 %	\$0, Nível 3	DP
ethyl alcohol solution 95 % (otc) 95 %	\$0, Nível 3	DP
ethyl alcohol solution 95 % external 95 %	\$0, Nível 3	DP
ethyl oleate liquid (otc)	\$0, Nível 3	DP
FATTYBLEND	\$0, Nível 3	DP
fd&c red #40 aluminum lake powder	\$0, Nível 3	DP
fd&c yellow #5 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
fdc blue 1 aluminum lake powder	\$0, Nível 3	DP
fdc blue 1 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
fdc blue 2 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
fdc green #3 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
fdc red #3 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
fdc red 40 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
fdc yellow 5 aluminum lake powder	\$0, Nível 3	DP
fdc yellow 6 powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
ferric subsulfate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
ferric subsulfate solution (otc)	\$0, Nível 3	DP
FLAVORX LIQUID	\$0, Nível 3	DP
fullers earth powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
glucosamine hcl powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
glucosamine sulfate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
glycerin liquid (otc)	\$0, Nível 3	DP
glycolic acid crystals (otc)	\$0, Nível 3	DP
gnp boric acid powder	\$0, Nível 3	DP
grape flavor liquid (otc)	\$0, Nível 3	DP
grape seed oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
grape syrup syrup 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
green tea extract liquid 90 % 90 %	\$0, Nível 3	DP
hrt base cream (otc)	\$0, Nível 3	DP
hydrochloric acid liquid 37 % (otc) 37 %	\$0, Nível 3	DP
hydrophilic ointment external	\$0, Nível 3	DP
hydrous emulsified base cream external	\$0, Nível 3	DP
indole-3-carbinol powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
inositol hexanicotinate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
isopropyl palmitate liquid (otc)	\$0, Nível 3	DP
JELENE OINTMENT	\$0, Nível 3	DP
karaya gum gum (otc)	\$0, Nível 3	DP
kojic acid powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
lactic acid solution (otc)	\$0, Nível 3	DP
lactose anhydrous powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
lactose hydrous powder	\$0, Nível 3	DP
lactose monohydrate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
lactose powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
L-citrulline powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
lemon bioflavanoid powder	\$0, Nível 3	DP
lip balm base natural ointment	\$0, Nível 3	DP
lip balm base ointment external	\$0, Nível 3	DP
LIPOBASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
lipoic acid powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
LIPOIL OIL	\$0, Nível 3	DP
lipovan base cream external	\$0, Nível 3	DP
LOLLIBASE POWDER	\$0, Nível 3	DP
lozibase	\$0, Nível 3	DP
magnesium citrate powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
malic acid powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
methyl sulfone crystals (otc)	\$0, Nível 3	DP
methylcellulose gel 2 % 2 %	\$0, Nível 3	DP
methylcellulose gel 3 % 3 %	\$0, Nível 3	DP
methylcellulose powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
methylparaben powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
microderm base cream external	\$0, Nível 3	DP
MICROSOME BASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
natural bitterness powder	\$0, Nível 3	DP
NICE DISTILLED WATER LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORA-BLEND SF SUSPENSION ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-BLEND SUSPENSION ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP

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-HESIVE BASE PASTE	\$0, Nível 3	DP
<i>orange concentrate liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
ORA-PLUS LIQUID ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-SWEET SF SYRUP ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
ORA-SWEET SYRUP ORAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>ornithine hcl powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oxalic acid crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
PCCA BASE 7542 CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PCCA MBK (FATTY ACID) BASE	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 300 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg blend ointment external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peruvian balsam liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
PFCB CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE COSMETIC CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE LIGHT CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PHARMABASE VAGINAL CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>phosphatidylserine powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
PHYTOBASE CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
PLO20 FLOWABLE GEL EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>pna-hrt base cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
POLOX GEL 20 % 20 %	\$0, Nível 3	DP
POLOX GEL 30 % 30 %	\$0, Nível 3	DP
<i>poloxamer 407 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 1000 liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 1450 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 400 liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 8000 powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyoxyl 40 stearate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polysorbate 20 solution (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium bromide crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide pellet (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide solution 10 % 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium hydroxide solution 20 % 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>potassium nitrate granules</i>	\$0, Nível 3	DP

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>potassium sorbate crystals (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>propylene glycol liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>propylparaben powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyruvic acid liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>q-derm cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>raspberry flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>rdt base powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>red yeast rice extract powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>safflower oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
SALTSTABLE LO CREAM EXTERNAL (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>shea butter (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>simple syrup syrup oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm boric acid powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium benzoate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bromide granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium hydroxide pellet (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium metabisulfite granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium perborate crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium phosphate dibasic granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium phosphate monobasic powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium propionate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium sulfite powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sorbic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sorbitol solution 70 % (otc) 70 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>soybean oil oil (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stevia extract powder 90 % (otc) 90 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>strawberry flavor liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPPOSIBLEND PELLET (OTC)	\$0, Nível 3	DP
SUSPENDIT GEL	\$0, Nível 3	DP
SYRSPEND SF ALKA SUSPENSION RECONSTITUTED ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>talc powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tangerine flavor powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tartaric acid granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
TROCHIBASE FLAKES	\$0, Nível 3	DP
TROCHIBASE S CLASSIC FLAKES	\$0, Nível 3	DP

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>trochibase s flakes</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>turpentine liquid (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tutti frutti concentrate concentrate</i>	\$0, Nível 3	DP
U-BASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>unibase cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
VANIBASE CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>veegum</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>versatile cream base cream external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
VERSIGEL CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin e succinate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>vitamin k1 powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>v-max cream external</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>white petrolatum gel (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
WITEPSOL PELLET (OTC)	\$0, Nível 3	DP
<i>xanthan gum powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>xylitol powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP

ENDÓCRINO E METABÓLICO

Agentes Aglutinantes De Fosfato

AURYXIA ORAL TABLET 1 GM 210 MG(FE)	\$0, Nível 2	PA; QL (360 per 30 days); NDS
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate (phos binder) oral tablet 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (540 per 30 days)

Agentes Da 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	

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
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		
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0, Nível 2	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
GVOKE 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	
deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0, Nível 2	PA; NDS
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

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>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (300 per 30 days)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0, Nível 2	QL (3.4 per 28 days)
BYDUREON SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR 2 MG	\$0, Nível 2	QL (4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0, Nível 2	QL (1.2 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)

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
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)
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	

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
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	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
OMNIPOD 5 PACK	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
OMNIPOD STARTER KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 365 days)
preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml	\$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
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0, Nível 2	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
V-GO 20 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0, Nível 2	QL (15 per 30 days)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
BEKYREE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0, Nível 1	
CAZIANT ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 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
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	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospirenen-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0, Nível 1	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nível 2	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0, Nível 1	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
FAYOSIM ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nível 1	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
GIANVI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	

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
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	
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0, Nível 1	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	

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
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	
MELODETTA 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0, Nível 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	

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
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	
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	

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
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-PREVIFEM ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TULANA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
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	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	
ZARAH ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ZOVIA 1/35E (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
cabergoline oral tablet 0.5 mg	\$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
charcoal powder	\$0, Nível 3	DP
CHEMSTRIP UGK STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
cinacalcet hcl oral tablet 30 mg	\$0, Nível 1	B/D; 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
cinacalcet hcl oral tablet 60 mg	\$0, Nível 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
cinacalcet hcl oral tablet 90 mg	\$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
desmopressin ace spray refrigerated nasal solution 0.01 %	\$0, Nível 1	
desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml	\$0, Nível 2	NDS
desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg	\$0, Nível 1	
desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml	\$0, Nível 2	NDS
desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %	\$0, Nível 1	
DIASCREEN 10	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 1G STRIP	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 2GK STRIP	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 3	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 4OBL	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 5	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 6	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 7	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 8	\$0, Nível 3	DP
DIASCREEN 9	\$0, Nível 3	DP
DIASTIX STRIP IN VITRO	\$0, Nível 3	DP
FABRAZYME 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
levocarnitine oral solution 1 gm/10ml	\$0, Nível 1	B/D
levocarnitine oral tablet 330 mg	\$0, Nível 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nível 2	PA; NDS

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>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
OSPHENA ORAL TABLET 60 MG	\$0, Nível 2	PA
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
STIMATE NASAL SOLUTION 1.5 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
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	

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 vaginal cream 0.1 mg/gm	\$0, Nível 1	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0, Nível 1	
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	
LOPREEZA ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
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		
cortisone acetate oral tablet 25 mg	\$0, Nível 1	
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

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
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0, Nível 1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0, Nível 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 620 MCG/2.48ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution reconstituted 30 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0, Nível 1	
TYMLOS SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 3120 MCG/1.56ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	B/D

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
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
famotidine intravenous solution 20 mg/2ml, 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0, Nível 1	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
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
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 suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
antacid/simethicone ds suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
fast acting antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
grp antacid anti-gas 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/antigas 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
<i>mag-al plus liquid 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-al plus xs liquid 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>MI-ACID SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML ORAL 200-200-20 MG/5ML</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milantex extra strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milantex suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mintox maximum strength suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>MINTOX PLUS TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG ORAL 200-200-25 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid advanced max st suspension 400-400-40 mg/5ml oral 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid anti-gas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid/antigas suspension 200-200-20 mg/5ml oral 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate powder oral (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>URO-MAG CAPSULE 140 MG ORAL 140 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp k-pec suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP

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 anti-diarrheal tablet 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
hm loperamide hcl capsule 2 mg oral 2 mg	\$0, Nível 3	DP
hm stomach relief suspension 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
hm stomach relief tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
medi-bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$0, Nível 3	DP
pectin powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
peptic relief tablet chewable 262 mg oral 262 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
qc pink bismuth tablet chewable 262 mg oral 262 mg	\$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 262 mg/15ml oral 262 mg/15ml	\$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)
EMEND ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 125 MG/5ML	\$0, Nível 2	B/D
gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml	\$0, Nível 1	
gransetron 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	

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>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<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>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)
<i>RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>TRULANCE ORAL TABLET 3 MG</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	

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
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	
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)
esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	
pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg	\$0, Nível 1	
pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg	\$0, Nível 1	
rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Laxantes		
bisacodyl ec tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
bisacodyl suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nível 3	DP
constulose oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
docu liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
docu soft capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
docusate sodium liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
DOCUSIL CAPSULE 100 MG ORAL 100 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
DOCUSOL MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ducodyl tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ MINI ENEMA 283 MG/5ML RECTAL 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ PLUS ENEMA 20-283 MG RECTAL 20-283 MG	\$0, Nível 3	DP
enulose oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
epsom salt granules oral	\$0, Nível 3	DP
epsom salt powder	\$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	
generlac oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nível 3	DP
gentle laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
glycerin (infants & children) suppository 1 gm rectal 1 gm	\$0, Nível 3	DP
GNP BISA-LAX TABLET DELAYED RELEASE 5 MG ORAL 5 MG	\$0, Nível 3	DP
gnp glycerin child suppository 1.2 gm rectal 1.2 gm	\$0, Nível 3	DP
gnp laxative pills tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp natural fiber powder 28.3 % oral 28.3 %	\$0, Nível 3	DP
gnp senna-lax tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp stool softener capsule 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp stool softener liquid 50 mg/5ml oral 50 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp stool softener syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 227.1 GM, 236 GM	\$0, Nível 2	
hm epsom salt granules oral	\$0, Nível 3	DP
hm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
hm stool softener capsule 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0, Nível 1	
medi-natural plus tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 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
medi-natural tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
mineral oil heavy oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
mineral oil light oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
mineral oil oil (otc)	\$0, Nível 3	DP
natural fiber therapy powder 28.3 % oral 28.3 %	\$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
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	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nível 2	
qc docusate calcium capsule 240 mg oral 240 mg	\$0, Nível 3	DP
qc epsom salt granules oral	\$0, Nível 3	DP
qc gentle laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$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 senna tablet 8.6 mg oral 8.6 mg	\$0, Nível 3	DP
qc senna-s tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
ra epsom salt granules oral	\$0, Nível 3	DP
ra epsom salt lavender granules	\$0, Nível 3	DP
ra glycerin child suppository 80.7 % rectal 80.7 %	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 28.3 % ORAL 28.3 %	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 48.57 % ORAL 48.57 %	\$0, Nível 3	DP
REGULOID POWDER 58.6 % ORAL 58.6 %	\$0, Nível 3	DP
sb docusate sodium capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
sb docusate sodium/senna tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg	\$0, Nível 3	DP
sb fib lax orange powder 33 % oral 33 %	\$0, Nível 3	DP
sb laxative suppository 10 mg rectal 10 mg	\$0, Nível 3	DP
senna syrup 8.8 mg/5ml oral (otc) 8.8 mg/5ml	\$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
sennosides-docusate sodium tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 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>silace liquid 150 mg/15ml oral 150 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silace syrup 60 mg/15ml oral 60 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 28.3 % oral 28.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 48.57 % oral 48.57 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber powder 58.6 % oral 58.6 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm laxative suppository 10 mg rectal 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener capsule 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative tablet 8.6-50 mg oral 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nível 2	
<i>womans laxative tablet delayed release 5 mg oral 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infecciosos Vaginais		
<i>3 day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole cream 1 % vaginal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp clotrimazole 3 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 3 combo-supp kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole nitrate cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 3-day vaginal cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm clotrimazole vaginal cream 1 % vaginal 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 applicator kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 kit 200 & 2 mg-% (9gm) vaginal 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 cream 2 % vaginal 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 suppository 100 mg vaginal 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0, Nível 1	

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
VANDAZOLE VAGINAL GEL 0.75 %	\$0, Nível 1	
Antispasmódicos		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (300 per 28 days)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (60 per 30 days)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>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	
<i>potassium citrate granules (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	

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>enoxaparin sodium subcutaneous solution 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
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	

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
Fatores De Crescimento Hematopoietico		
PROCIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA
PROCIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Ferro		
EZFE 200 CAPSULE 434.8 (200 FE) MG ORAL 434.8 (200 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
FERAHEME SOLUTION 510 MG/17ML INTRAVENOUS 510 MG/17ML	\$0, Nível 3	DP
FERATE TABLET 240 (27 FE) MG ORAL 240 (27 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML ORAL 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL TABLET 325 (65 FE) MG ORAL 325 (65 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts ips solution 40 mg/15ml oral 40 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts tablet 325 (106 fe) mg oral 325 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FERREX 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
FERRIMIN 150 TABLET 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous fumarate tablet 324 (106 fe) mg oral 324 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (37.5 fe) mg oral 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate tablet 324 (38 fe) mg oral 324 (38 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate elixir 220 (44 fe) mg/5ml oral 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate solution 75 (15 fe) mg/ml oral 75 (15 fe) mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate syrup 300 (60 fe) mg/5ml oral 300 (60 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 324 (65 fe) mg oral 324 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate tablet delayed release 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrousul tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLITAB 500 TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG ORAL 105-500-0.8 MG	\$0, Nível 3	DP

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
FUSION CAPSULE 65-65-25-30 MG ORAL 65-65-25-30 MG	\$0, Nível 3	DP
gnp iron tablet 200 (65 fe) mg oral 200 (65 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
gnp iron tablet extended release 142 (45 fe) mg oral 142 (45 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
gnp slow release iron tablet extended release 47.5 mg oral 47.5 mg	\$0, Nível 3	DP
hm iron tablet 200 (65 fe) mg oral 200 (65 fe) mg	\$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
iron 100 plus tablet 100-250-0.025-1 mg oral 100-250-0.025-1 mg	\$0, Nível 3	DP
iron 100/c tablet 100-250 mg oral 100-250 mg	\$0, Nível 3	DP
iron tablet 240 (27 fe) mg oral 240 (27 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
na ferric gluc cplx in sucrose solution 12.5 mg/ml intravenous 12.5 mg/ml	\$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
NU-IRON CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
POLY-IRON 150 CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
PROFE CAPSULE 391.3 (180 FE) MG ORAL 391.3 (180 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
sm iron slow release tablet extended release 160 (50 fe) mg oral 160 (50 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
sm iron tablet 325 (65 fe) mg oral 325 (65 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
sm slow release iron tablet extended release 143 (45 fe) mg oral 143 (45 fe) mg	\$0, Nível 3	DP
VENOFER SOLUTION 20 MG/ML INTRAVENOUS 20 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
wee care suspension 15 mg/1.25ml oral 15 mg/1.25ml	\$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	
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	\$0, Nível 1	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0, Nível 2	PA
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$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
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>LASTACAFTE OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>NAPHCON-A SOLUTION 0.025-0.3 % OPHTHALMIC 0.025-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>PAZEO OPHTHALMIC SOLUTION 0.7 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>ra eye allergy relief solution 0.027-0.315 % ophthalmic 0.027-0.315 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tgt eye allergy relief solution 0.027-0.315 % ophthalmic 0.027-0.315 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ZERVIALE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %</i>	\$0, Nível 2	
Antiglaucoma		
<i>ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>AZOPT OPHTHALMIC SUSPENSION 1 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %</i>	\$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	
<i>COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %</i>	\$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	
<i>LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %</i>	\$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-Infeccioso/Anti-Inflamatório		
bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %	\$0, Nível 1	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0, Nível 2	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1	\$0, Nível 1	
neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1	\$0, Nível 1	
neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1	\$0, Nível 1	
sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %	\$0, Nível 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0, Nível 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0, Nível 2	
tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %	\$0, Nível 1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infecciosos		
bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm	\$0, Nível 1	
bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm	\$0, Nível 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nível 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 2	
ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %	\$0, Nível 1	
erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm	\$0, Nível 1	
gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %	\$0, Nível 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 1	
gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %	\$0, Nível 1	
moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0, Nível 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0, Nível 2	
neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000	\$0, Nível 1	
neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025	\$0, Nível 1	
ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %	\$0, Nível 1	
polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%	\$0, Nível 1	
sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %	\$0, Nível 1	
sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %	\$0, Nível 1	
tobramycin ophthalmic solution 0.3 %	\$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>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0, Nível 2	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	\$0, Nível 1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0, Nível 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>diluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
DUREZOL OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0, Nível 2	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0, Nível 1	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0, Nível 2	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0, Nível 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>atropine sulfate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nível 2	
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0, Nível 1	QL (36 per 30 days)

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
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	\$0, Nível 1	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	\$0, Nível 1	
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0, Nível 1	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	\$0, Nível 1	B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	\$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)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$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)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0, Nível 1	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	\$0, Nível 1	
Anti-Histamínicos		
all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
aller-chlor tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
aller-ease tablet 60 mg oral 60 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
allergy relief capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
allergy relief childrens liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$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 tablet 10 mg oral 10 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

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
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 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
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	\$0, Nível 2	PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg	\$0, Nível 2	PA
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF TABLET 1.34 MG ORAL 1.34 MG	\$0, Nível 3	DP
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 injection solution 50 mg/ml	\$0, Nível 1	
diphenhydramine hcl tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
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 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 capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy relief tablet dispersible 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp childrens allergy liquid 12.5 mg/5ml oral 12.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp dayhist allergy tablet 1.34 mg oral 1.34 mg	\$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
goodsense all day allergy tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
hm allergy relief tablet 4 mg oral 4 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
hm allergy tablet 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
hm cetirizine hcl childrens solution 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
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
KLS ALLERCLEAR TABLET 10 MG ORAL 10 MG	\$0, Nível 3	DP
KLS ALLER-TEC TABLET 10 MG ORAL 10 MG	\$0, Nível 3	DP
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg	\$0, Nível 1	
loratadine childrens syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
loratadine tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
MEDI-PHEDRYL CAPSULE 25 MG ORAL 25 MG	\$0, Nível 3	DP
pharbechlor tablet 4 mg oral 4 mg	\$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 chlor-pheniramine tablet 4 mg oral 4 mg	\$0, Nível 3	DP
qc loratadine allergy relief tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
sb 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 4 hour tablet 4 mg oral 4 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 dispersible 10 mg oral 10 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 syrup 5 mg/5ml oral 5 mg/5ml	\$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
AYR SALINE NASAL NETI RINSE PACKET 1.57 GM NASAL 1.57 GM	\$0, Nível 3	DP
AYR SALINE NASAL RINSE PACKET 1.57 GM NASAL 1.57 GM	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium aerosol solution 5.2 mg/act nasal 5.2 mg/act</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0, Nível 2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS

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
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
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)

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
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)
Esteróides Nasais		
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
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 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
ambi 10peh/400gfn tablet 10-400 mg oral 10-400 mg	\$0, Nível 3	DP
ambi 10peh/400gfn/20dm tablet 10-400-20 mg oral 10-400-20 mg	\$0, Nível 3	DP
ambi 40psel/400gfn tablet 40-400 mg oral 40-400 mg	\$0, Nível 3	DP
benzonatate capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
benzonatate capsule 200 mg oral 200 mg	\$0, Nível 3	DP
BROMFED DM SYRUP 30-2-10 MG/5ML ORAL 30-2-10 MG/5ML	\$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
childrens mucus relief expect liquid 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
cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
cvs cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 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
dextromethorphan polistirex er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 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
gnp all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp allergy & congestion tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp cough dm er suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
gnp mucus relief childrens liquid 100 mg/5ml oral 100 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 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 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 dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaiatussin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaiifenesin ac syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaiifenesin solution 100 mg/5ml oral 100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaiifenesin solution 200 mg/10ml oral 200 mg/10ml	\$0, Nível 3	DP
guaiifenesin solution 300 mg/15ml oral 300 mg/15ml	\$0, Nível 3	DP
guaiifenesin-codeine solution 100-10 mg/5ml oral (otc) 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
guaiifenesin-dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
hm allergy complete-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 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
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 pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$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
hm tussin adult multi-symptom liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 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 24hr tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
LORTUSS EX LIQUID 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10-100 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
medi-tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
mucus relief chest congestion liquid 400 mg/20ml oral 400 mg/20ml	\$0, Nível 3	DP
nasal decongestant pe max st tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
nasal decongestant pe tablet 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
nasal decongestant tablet 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
NINJACOF-XG LIQUID 200-8 MG/5ML ORAL 200-8 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
poly-tussin ac liquid 10-4-10 mg/5ml oral 10-4-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
promethazine-codeine solution 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
promethazine-codeine syrup 6.25-10 mg/5ml oral 6.25-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
promethazine-dm syrup 6.25-15 mg/5ml oral 6.25-15 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
pseudoeph-bromphen-dm syrup 30-2-10 mg/5ml oral (rx) 30-2-10 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
pseudoephedrine hcl er tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
pseudoephedrine hcl tablet 30 mg oral (otc) 30 mg	\$0, Nível 3	DP
pseudoephedrine hcl tablet 60 mg oral (otc) 60 mg	\$0, Nível 3	DP
qc loratadine-d tablet extended release 24 hour 10-240 mg oral 10-240 mg	\$0, Nível 3	DP
qc suphedrine maximum strength tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
qc tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
ra cough dm suspension extended release 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
REFENESEN CHEST CONG/PAIN RLF TABLET 650-400 MG ORAL 650-400 MG	\$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
sb cough control dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 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
sm all day allergy-d tablet extended release 12 hour 5-120 mg oral 5-120 mg	\$0, Nível 3	DP
sm cold & allergy childrens elixir 1-15 mg/5ml oral 1-15 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 tussin cf liquid 30-10-100 mg/5ml oral 30-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm tussin cough/chest congest syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
sm tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST PE TABLET 10 MG ORAL 10 MG	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST TABLET 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP

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
SUDOGEST TABLET 60 MG ORAL 60 MG	\$0, Nível 3	DP
suphedrine 12hour tablet extended release 12 hour 120 mg oral 120 mg	\$0, Nível 3	DP
trymine cg liquid 225-7.5 mg/5ml oral 225-7.5 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL C SYRUP 30-10-100 MG/5ML ORAL 30-10- 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
tusnel diabetic liquid 10-100 mg/5ml oral 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG ORAL 10-8 MG	\$0, Nível 3	DP
tussin cf cough & cold liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5- 10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin cf liquid 5-10-100 mg/5ml oral 5-10-100 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin dm liquid 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin dm max liquid 10-200 mg/5ml oral 10-200 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin dm syrup 100-10 mg/5ml oral 100-10 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
tussin mucus+chest congestion syrup 100 mg/5ml oral 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 solution 50 mg/5ml	\$0, Nível 1	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	
APOKYN SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 30 MG/3ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
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

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
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0, Nível 2	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
Agentes De Terapia 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	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
BANZEL ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	

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
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0, Nível 1	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	\$0, Nível 1	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	\$0, Nível 1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0, Nível 2	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
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, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; 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

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
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
PEGANONE ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)

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>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG, 250 MG, 500 MG, 750 MG	\$0, Nível 2	
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0, Nível 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1200 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG, 50 & 200 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	

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

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 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 2	QL (900 per 30 days); NDS
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 2	QL (60 per 30 days); NDS
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0, Nível 2	QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nível 2	QL (1.6 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nível 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0, Nível 1	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0, Nível 2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS

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
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>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (3 per 1 day)

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
olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
olanzapine oral tablet dispersible 10 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0, Nível 1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 30 days); NDS
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0, Nível 1	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$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
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0, Nível 1	
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$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)
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$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; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nível 2	
LYRICA CR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 165 MG, 330 MG, 82.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
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	
<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)

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>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i> zaleplon oral capsule 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i> zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (14 per 28 days); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (12 per 28 days); NDS

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
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)
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	
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
CHANTIX ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nível 2	PA
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 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 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
goodsense nicotine lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$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

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
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	
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
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nível 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
phendimetrazine tartrate er capsule extended release 24 hour 105 mg oral 105 mg	\$0, Nível 3	DP
phendimetrazine tartrate tablet 35 mg oral 35 mg	\$0, Nível 3	DP
phentermine hcl capsule 15 mg oral 15 mg	\$0, Nível 3	DP
phentermine hcl capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
phentermine hcl capsule 37.5 mg oral 37.5 mg	\$0, Nível 3	DP
phentermine hcl tablet 37.5 mg oral 37.5 mg	\$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
sm nicotine gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nicotine lozenge 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nicotine polacrilex gum 2 mg mouth/throat 2 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nicotine polacrilex gum 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
sm nicotine polacrilex lozenge 4 mg mouth/throat 4 mg	\$0, Nível 3	DP
THRIVE GUM 2 MG MOUTH/THROAT 2 MG	\$0, Nível 3	DP
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0, Nível 1	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
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0, Nível 2	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Défice De Atenção		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
dexamphetamine hcl oral tablet 10 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
dexamphetamine hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
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		
aspartame powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
co q 10 capsule 10 mg oral 10 mg	\$0, Nível 3	DP
co q 10 capsule 60 mg oral 60 mg	\$0, Nível 3	DP
co q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
co q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
co q-10 capsule 150 mg oral 150 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
co q-10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
co q10 capsule 60 mg oral 60 mg	\$0, Nível 3	DP
co q-10 capsule 75 mg oral 75 mg	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q10 capsule 10 mg oral 10 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

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
co-enzyme q-10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
co-enzyme q-10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q-10 capsule 60 mg oral 60 mg	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q10 liquid 30 mg/5ml oral 30 mg/5ml	\$0, Nível 3	DP
coenzyme q10 tablet 200 mg oral 200 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
coq10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
coq-10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
coq-10 capsule extended release 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
dhea capsule 25 mg oral 25 mg	\$0, Nível 3	DP
DIABETISWEET POWDER ORAL	\$0, Nível 3	DP
eql coq10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
fructose granules (otc)	\$0, Nível 3	DP
gnp co q10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp co q10 capsule 60 mg oral 60 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gowey tincture external	\$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
hm coq10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
l-arginine powder oral	\$0, Nível 3	DP
l-cystine powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
lecithin granules (otc)	\$0, Nível 3	DP
l-glutamine powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
l-glutathione crystals	\$0, Nível 3	DP
l-isoleucine powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
l-isoleucine powder oral	\$0, Nível 3	DP
l-tyrosine powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
l-tyrosine powder oral	\$0, Nível 3	DP
l-valine powder oral	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 150 MG ORAL 150 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 30 MG ORAL 30 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CAPSULE 75 MG ORAL 75 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CO Q-10 CAPSULE 100 MG ORAL 100 MG	\$0, Nível 3	DP
ra coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 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
saccharin powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
sm coenzyme q-10 capsule 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
sm coq-10 capsule 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
sodium saccharin granules (otc)	\$0, Nível 3	DP
sodium saccharin powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
threonine powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
yl coenzyme q10 capsule 30 mg oral 30 mg	\$0, Nível 3	DP
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 %, 5-0.3 %	\$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	
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 20-5-0.225 meq/l-%-%, 40-5-0.9 meq/l-%-%	\$0, Nível 2	
lactated ringers intravenous solution	\$0, Nível 1	
magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gml/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 20-0.45 meq/l-%, 20-0.9 meq/l-%, 40-0.9 meq/l-%	\$0, Nível 1	
potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml	\$0, Nível 2	
potassium chloride intravenous solution 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml)	\$0, Nível 1	
sodium chloride injection solution 2.5 meq/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
sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %	\$0, Nível 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nível 2	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Orais		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0, Nível 1	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>pnv folic acid + iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0, Nível 1	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nível 1	
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nível 2	
Eletrólitos		
<i>gnp pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE SOLUTION ORAL	\$0, Nível 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte solution oral</i>	\$0, Nível 3	DP
Minerais		
BEELITH TABLET 362-20 MG ORAL 362-20 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ca phosphate dibasic dihyd powder</i>	\$0, Nível 3	DP

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
CALCET PETITES TABLET 200-250 MG-UNIT ORAL 200-250 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
CALCI-CHEW TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG ORAL 1250 (500 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 315-250 MG-UNIT ORAL 315- 250 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE TABLET 950 (200 CA) MG ORAL 950 (200 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
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 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 extra light powder	\$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 gluconate anhydrous powder (otc)	\$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 lactate tablet 648 mg oral 648 mg	\$0, Nível 3	DP
calcium phosphate tribasic powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
calcium tablet chewable 500-100 mg-unit oral 500-100 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg	\$0, Nível 3	DP
calcium-magnesium-zinc tablet 334-134-5 mg oral 334-134-5 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
calcium-vitamin d3 tablet 250-125 mg-unit oral 250-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
calcium-vitamin d-minerals tablet chewable 600-400 mg-unit oral 600-400 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 500/d tablet 500-200 mg-unit oral 500-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium 600 +d3/minerals tablet chewable 600-800 mg-unit oral 600-800 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium 600/d tablet 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium citrate +d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium citrate+d maximum tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium plus 600 +d tablet 600-200 mg-unit oral 600-200 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium tablet 1500 (600 ca) mg oral 1500 (600 ca) mg	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium/vitamin d/minerals tablet chewable 600-400 mg-unit oral 600-400 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
gnp calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp magnesium tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp zinc tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
HIGH POTENCY CALCIUM TABLET 600 MG ORAL 600 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
magnesium 27 tablet 500 (27 mg) mg oral 500 (27 mg) mg	\$0, Nível 3	DP
magnesium carbonate heavy powder (otc)	\$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

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
magnesium tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
MAGONATE LIQUID 54 (MAG EQUIV) MG/5ML ORAL 54 (MAG EQUIV) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
manganese chloride solution 0.1 mg/ml intravenous 0.1 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500 TABLET 500 MG ORAL 500 MG	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET 500-200 MG-UNIT ORAL 500-200 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT ORAL 500-600 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
oyster calcium + 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
oyster shell/vitamin d tablet 600-125 mg-unit oral 600-125 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
phosphorus supplement packet 280-160-250 mg oral 280-160-250 mg	\$0, Nível 3	DP
risacal-d tablet 105-81-120 mg-mg-unit oral 105-81-120 mg-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
sm calcium citrate w/vit d3 tablet 315-250 mg-unit oral 315-250 mg-unit	\$0, Nível 3	DP
sm calcium soft chews tablet chewable 500-100-40 oral 500-100-40	\$0, Nível 3	DP
sm calcium soft chews tablet chewable 500-200-40 mg-unt-mcg oral 500-200-40 mg-unt-mcg	\$0, Nível 3	DP
sm calcium-magnesium-zinc tablet 333-133-5 mg oral 333-133-5 mg	\$0, Nível 3	DP
SM CORAL CALCIUM TABLET 1000 (390 CA) MG ORAL 1000 (390 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
sm magnesium tablet 250 mg oral 250 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
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 tablet 500-400 mg-unit oral 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium acetate powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc gluconate tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate capsule 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate tablet 220 (50 zn) mg oral 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc tablet 50 mg oral 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Nutrição Iv		
AMINOSYN-PF INTRAVENOUS SOLUTION 7 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>chromic chloride solution 40 mcg/10ml intravenous 40 mcg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>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>copper sulfate crystals</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cupric chloride solution 0.4 mg/ml intravenous 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0, Nível 2	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0, Nível 2	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0, Nível 2	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>zinc chloride solution 1 mg/ml intravenous 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP

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
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES TABLET CHEWABLE WITH C & FA ORAL WITH C & FA	\$0, Nível 3	DP
animal shapes/iron tablet chewable 18 mg oral 18 mg	\$0, Nível 3	DP
antioxidant formula tablet oral	\$0, Nível 3	DP
antioxidant vitamins tablet oral	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS LIQUID ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS TABLET CHEWABLE ORAL	\$0, Nível 3	DP
AQUASOL A SOLUTION 15 MG/ML INTRAMUSCULAR 15 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
aqueous vitamin d liquid 10 mcg/ml oral 10 mcg/ml	\$0, Nível 3	DP
aqueous vitamin e solution 15 mg/0.67ml oral 15 mg/0.67ml	\$0, Nível 3	DP
ascorbic acid tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
b complex capsule oral	\$0, Nível 3	DP
b complex-c tablet oral	\$0, Nível 3	DP
B-12 DOTS TABLET DISPERSIBLE 500 MCG ORAL 500 MCG	\$0, Nível 3	DP
b-complex/b-12 tablet oral	\$0, Nível 3	DP
b-complex/vitamin c (wl ca) tablet oral	\$0, Nível 3	DP
biotin capsule 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
biotin capsule 5000 mcg oral 5000 mcg	\$0, Nível 3	DP
biotin tablet 300 mcg oral 300 mcg	\$0, Nível 3	DP
biotin tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE SOLUTION 10 MG/ML ORAL 10 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
c 250 tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
c 500/rose hips tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
c-1000/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
c-500 tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
CALCIFEROL SOLUTION 200 MCG/ML ORAL 200 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
calcium citrate + tablet oral	\$0, Nível 3	DP
centamin liquid oral	\$0, Nível 3	DP
centavite liquid oral	\$0, Nível 3	DP
century mature tablet oral	\$0, Nível 3	DP
century tablet oral	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR TABLET CHEWABLE 18 MG ORAL 18 MG	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE SENIOR TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP

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
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
chewable vite childrens tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
chewable vite/iron childrens tablet chewable 15 mg oral 15 mg	\$0, Nível 3	DP
child chewable vitamins/iron 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 oral	\$0, Nível 3	DP
COMPETE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
complete senior tablet oral	\$0, Nível 3	DP
complete tablet oral	\$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
DIALYVITE 800 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
dialyvite 800/ultra d tablet oral	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 TABLET 0.8 MG ORAL 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 CAPSULE 125 MCG (5000 UT) ORAL 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D3 MAX TABLET 1.25 MG (50000 UT) ORAL 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nível 3	DP
e-400 capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nível 3	DP
ecee plus tablet oral	\$0, Nível 3	DP
ELDERTONIC LIQUID ORAL	\$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

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
ezfe forte capsule 155-1 mg oral 155-1 mg	\$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
geriaton liquid oral	\$0, Nível 3	DP
geriatric vitamin liquid 100-1-10 oral 100-1-10	\$0, Nível 3	DP
gnp b-100 balanced tr tablet extended release oral	\$0, Nível 3	DP
gnp b-50 balanced tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp cal mag zinc +d3 tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century adults 50+ senior tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century cardio health tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century energy metabolism tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century mature tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century ultimate mens tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp century ultimate womens tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp childrens chewables/ex c tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
gnp childrens chewables/iron tablet chewable 15 mg oral 15 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp childrens complete tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
gnp cod liver oil capsule 1250-135 unit oral 1250-135 unit	\$0, Nível 3	DP
gnp essential one daily tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg	\$0, Nível 3	DP
gnp healthy eyes supervision capsule oral	\$0, Nível 3	DP
gnp healthy eyes tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp little ones childrens tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
gnp maximum one daily tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp mega multi for men tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp mega multi for women tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp niacin tr tablet extended release 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily maximum tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily mens 50+advanced tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily mens health 50+ tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily mens/lycopene tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily plus iron tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp one daily womens 50+ 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
gnp one daily womens health tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp opti-vitamins tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp therapeutic-m tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin a capsule 2400 mcg (8000 ut) oral 2400 mcg (8000 ut)	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin b-12 tr tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c cr tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c drops lozenge 60 mg mouth/throat 60 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c w/rose hips tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin c/rose hips tr tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin d tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin d-400 tablet 10 mcg (400 unit) oral 10 mcg (400 unit)	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin e capsule 180 mg (400 unit) oral 180 mg (400 unit)	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)	\$0, Nível 3	DP
gnp vitamin e capsule 90 mg (200 unit) oral 90 mg (200 unit)	\$0, Nível 3	DP
gnp womens one daily tablet oral	\$0, Nível 3	DP
gnp zoochews gummies tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
healthy eyes tablet oral	\$0, Nível 3	DP
hm niacin tablet extended release 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin b1 tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin b12 tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nível 3	DP
hm vitamin e capsule 450 mg (1000 ut) oral 450 mg (1000 ut)	\$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 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 AREDS FORMULA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN TABLET DELAYED RELEASE ORAL	\$0, Nível 3	DP
ICAPS MV TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE ADULT INJECTABLE INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC SOLUTION INTRAVENOUS	\$0, Nível 3	DP
i-vite protect tablet oral	\$0, Nível 3	DP
i-vite tablet oral	\$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
mega multivitamin for men tablet oral	\$0, Nível 3	DP
mega multivitamin for women tablet oral	\$0, Nível 3	DP
multi vitamin mens tablet oral	\$0, Nível 3	DP
multi-delyn liquid oral	\$0, Nível 3	DP
multi-delyn/iron liquid oral	\$0, Nível 3	DP
multilex tablet oral	\$0, Nível 3	DP
multiple vitamins essential tablet oral	\$0, Nível 3	DP
multiple vitamins/womens tablet oral	\$0, Nível 3	DP
multi-vitamins tablet oral	\$0, Nível 3	DP
NAIL-EX TABLET 2.5 MG ORAL 2.5 MG	\$0, Nível 3	DP
NASCOBAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML NASAL 500 MCG/0.1ML	\$0, Nível 3	DP
NEPHRONEX LIQUID 0.9 MG/5ML ORAL 0.9 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
niacin er capsule extended release 250 mg oral 250 mg	\$0, Nível 3	DP
niacin er capsule extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
niacin er tablet extended release 1000 mg oral 1000 mg	\$0, Nível 3	DP
niacin er tablet extended release 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
niacin er tablet extended release 750 mg oral 750 mg	\$0, Nível 3	DP
niacin flush free capsule 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
niacin tablet 100 mg oral 100 mg	\$0, Nível 3	DP
niacin tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
niacinamide powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
niacinamide tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
NUTR-E-SOL LIQUID 400 UNIT/15ML ORAL 400 UNIT/15ML	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE EXTRA TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE-LUTEIN TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
once daily tablet oral	\$0, Nível 3	DP
once daily/iron tablet oral	\$0, Nível 3	DP
ONCOVITE TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
one daily mens tablet oral	\$0, Nível 3	DP
one daily tablet oral	\$0, Nível 3	DP
phytonadione tablet 5 mg oral 5 mg	\$0, Nível 3	DP
poly vitamin tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
polyvitamin/iron tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
prenatal low iron tablet 27-0.8 mg oral 27-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
prenatal tablet 27-0.8 mg oral (otc) 27-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
prenatal tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN CAPSULE ORAL	\$0, Nível 3	DP
PROSIGHT TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
pyridoxine hcl solution 100 mg/ml injection 100 mg/ml	\$0, Nível 3	DP
qc cod liver oil oil oral	\$0, Nível 3	DP
qc therin-m tablet oral	\$0, Nível 3	DP
rena-vite tablet oral (otc)	\$0, Nível 3	DP
sb vitamin c tablet 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
sentry senior tablet oral	\$0, Nível 3	DP
sentry tablet oral	\$0, Nível 3	DP
sm animal shapes kids first tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
sm balanced b-100 tablet oral	\$0, Nível 3	DP
sm balanced b-50 tablet oral	\$0, Nível 3	DP
sm chewable c tablet chewable 500 mg oral 500 mg	\$0, Nível 3	DP
sm cod liver oil capsule 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
<i>sm complete advanced formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete senior formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm complete tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm folic acid tablet 400 mcg oral 400 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins essential tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm opti-vitamins tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm prenatal vitamins tablet 28-0.8 mg oral 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm super b complex/c tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vit c/rose hips tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 100 mcg oral 100 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 tablet 500 mcg oral 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-6 tablet 100 mg oral 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 1000 mg oral 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet 250 mg oral 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c tablet chewable 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c/rose hips tablet 500 mg oral 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin d3 tablet 25 mcg (1000 ut) oral 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 1000 unit oral 1000 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 200 unit oral 200 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e capsule 400 unit oral 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula/zinc (b-compl) tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>STUART ONE CAPSULE 27-0.8-200 MG ORAL 27-0.8-200 MG</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>SUPER NU-THERA LIQUID ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>SUPER NU-THERA POWDER ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>SUPER NU-THERA TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>super vikaps tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>superplex-t tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>TAB-A-VITE TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>TAB-A-VITE/BETA CAROTENE TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tab-a-vite/iron tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>THERA M PLUS TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>THERA TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thera-m tablet oral</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>THEREMS TABLET ORAL</i>	\$0, Nível 3	DP

LENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
THEREMS-H TABLET ORAL	\$0, Nível 3	DP
THEREMS-M 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
total b/c tablet oral	\$0, Nível 3	DP
unicomplex-m tablet oral	\$0, Nível 3	DP
vita-bee/c tablet oral	\$0, Nível 3	DP
vitamin a capsule 3 mg (10000 ut) oral 3 mg (10000 ut)	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-1 tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-12 er tablet extended release 1000 mcg oral 1000 mcg	\$0, Nível 3	DP
vitamin b-12 er tablet extended release 2000 mcg oral 2000 mcg	\$0, Nível 3	DP
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 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 b-6 tablet 50 mg oral 50 mg	\$0, Nível 3	DP
vitamin c er capsule 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 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 1.25 mg (50000 ut) oral 1.25 mg (50000 ut)	\$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 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
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/minerals tablet oral	\$0, Nível 3	DP
womens one daily tablet oral	\$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 plus extra c tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
zoo friends tablet chewable oral	\$0, Nível 3	DP
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
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
PAROEX MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nível 1	
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nível 1	
PERIOMED CONCENTRATE 0.63 % MOUTH/THROAT 0.63 %	\$0, Nível 3	DP
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0, Nível 1	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	\$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
Antifúngicos		
<i>antifungal (tolnaftate) cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>baza antifungal cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoin tincture external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>castellani paint modified liquid 1.5 % external 1.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
FUNGOID-D CREAM 1 % EXTERNAL 1 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>jock itch spray aerosol powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate cream 2 % external (otc) 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>podactin powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb anti-fungal cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal miconazole cream 2 % external 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm athletes foot cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL CREAM 2 % EXTERNAL 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>terbinafine hcl cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP

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>tolnaftate cream 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate powder 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nível 1	
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0, Nível 2	
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external (otc) 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP

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
gentamicin sulfate external cream 0.1 %	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
gentamicin sulfate external ointment 0.1 %	\$0, Nível 1	
grp bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm	\$0, Nível 3	DP
grp triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
hm bacitracin zinc ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm	\$0, Nível 3	DP
hm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
hm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000	\$0, Nível 3	DP
mupirocin external ointment 2 %	\$0, Nível 1	QL (220 per 30 days)
qc bacitracin ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm	\$0, Nível 3	DP
sb triple antibiotic ointment 4 % external 4 %	\$0, Nível 3	DP
silver sulfadiazine external cream 1 %	\$0, Nível 1	
sm antibiotic ointment 500 unit/gm external 500 unit/gm	\$0, Nível 3	DP
sm triple antibiotic max st ointment 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
sm triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000	\$0, Nível 3	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0, Nível 2	
tri-biozene ointment 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
triple antibiotic ointment 3.5-400-5000 external 3.5-400-5000	\$0, Nível 3	DP
triple antibiotic ointment 5-400-5000 external 5-400-5000	\$0, Nível 3	DP
triple antibiotic plus ointment 1 % external 1 %	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	PA
calcipotriene external cream 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
calcipotriene external ointment 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
calcipotriene external solution 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
tazarotene external cream 0.1 %	\$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		
ketoconazole external shampoo 2 %	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
selenium sulfide external lotion 2.5 %	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Corticosteróides		
ala-cort external cream 1 %, 2.5 %	\$0, Nível 1	

LENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	

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>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (454 per 30 days)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>eq lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lice treatment shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice killing maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lice treatment lotion 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
LICIDE SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ra lice maximum strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
RID LICE KILLING SHAMPOO SHAMPOO 0.33-4 % EXTERNAL 0.33-4 %	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice killing max st shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice treatment liquid 0.3-3 % external 0.3-3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb lice treatment liquid 1 % external 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice killing max strength shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lice killing shampoo 0.33-4 % external 0.33-4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ammonium lactate external cream 12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate external lotion 12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>boric acid granules external (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calamine phenolated lotion external</i>	\$0, Nível 3	DP

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
calamine powder (otc)	\$0, Nível 3	DP
calamine-zinc oxide lotion 8-8 % external 8-8 %	\$0, Nível 3	DP
camphor crystals (otc)	\$0, Nível 3	DP
capsaicin cream 0.025 % external 0.025 %	\$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)
fluorouracil external cream 5 %	\$0, Nível 1	QL (40 per 30 days)
fluorouracil external solution 2 %, 5 %	\$0, Nível 1	QL (10 per 30 days)
formaldehyde solution 37 % external (otc) 37 %	\$0, Nível 3	DP
FREE & CLEAR SHAMPOO EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
glycolic acid solution 70 % (otc) 70 %	\$0, Nível 3	DP
gnp capsaicin cream 0.1 % external 0.1 %	\$0, Nível 3	DP
gnp capsaicin liquid 0.15 % external 0.15 %	\$0, Nível 3	DP
hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %	\$0, Nível 1	
imiquimod external cream 5 %	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
jessners solution external	\$0, Nível 3	DP
metronidazole external cream 0.75 %	\$0, Nível 1	
metronidazole external gel 0.75 %	\$0, Nível 1	
metronidazole external lotion 0.75 %	\$0, Nível 1	
NEW SKIN AEROSOL EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PENTRAVAN PLUS CREAM EXTERNAL	\$0, Nível 3	DP
PICATO EXTERNAL GEL 0.015 %	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)
PICATO EXTERNAL GEL 0.05 %	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
podofilox external solution 0.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
px calamine lotion external	\$0, Nível 3	DP
qc calamine lotion external	\$0, Nível 3	DP
ra calamine lotion 6.971-6.971 % external 6.971-6.971 %	\$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	
sm calamine lotion external	\$0, Nível 3	DP
sm calamine phenolated lotion external	\$0, Nível 3	DP
tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %	\$0, Nível 1	QL (100 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>tannic acid powder (otc)</i>	\$0, Nível 3	DP
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
ZOSTRIX HP CREAM 0.1 % EXTERNAL 0.1 %	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF CREAM 0.033 % EXTERNAL 0.033 %	\$0, Nível 3	DP
Otic (Medicamento Para Os Ovidos, Como Gotas)		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	

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.....	91	allergy childrens.....	86	antacid fast relief.....	71
3 day vaginal.....	78	allergy d-12.....	91	antacid maximum strength.....	71
abacavir sulfate.....	33	allergy relief.....	86	antacid plus anti-gas fast act.....	71
abacavir sulfate-lamivudine.....	35	allergy relief childrens.....	86	antacid plus anti-gas relief.....	71
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	35	allergy relief d-24.....	91	antacid/simethicone ds.....	71
ABELCET.....	36	allergy-time.....	86	anti-diarrheal.....	72
ABILIFY MAINTENA.....	102	allopurinol.....	33	antifungal.....	126
abiraterone acetate.....	20	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	71	anti-fungal.....	126
ABRAXANE.....	22	almond oil (sweet).....	51	antifungal (tolnaftate).....	126
acacia.....	51	aloe vera.....	51	antioxidant formula.....	117
acamprosate calcium.....	107	alosetron hcl.....	74	antioxidant vitamins.....	117
acarbose.....	58	ALPHAGAN P.....	83	APOKYN.....	95
ACCUTANE.....	127	alprazolam.....	96	aprepitant.....	73
acebutolol hcl.....	46	ALREX.....	85	APRI.....	61
acesulfame potassium.....	51	ALTAVERA.....	61	APTIOM.....	96
acetaminophen.....	30	alum ammonium.....	51	APTIVUS.....	33, 34
acetaminophen childrens.....	30	aluminum hydroxide gel.....	71	AQUADEKS.....	117
acetaminophen er.....	30	ALUNBRIG.....	15	AQUASOL A.....	117
acetaminophen-codeine.....	29	alyacen 1/35.....	61	aqueous vitamin d.....	117
acetaminophen-codeine #3.....	29	alyacen 7/7/7.....	61	aqueous vitamin e.....	117
acetazolamide.....	48	AMABELZ.....	68	ARALAST NP.....	89
acetazolamide er.....	48	amantadine hcl.....	95	ARANELLE.....	61
acetic acid.....	51, 79, 132	ambi 10peh/400gfn.....	91	ARCALYST.....	25
acetic acid glacial.....	51	ambi 10peh/400gfn/20dm.....	91	ariPIPRAZOLE.....	102
acetylcysteine.....	89	ambi 40psel/400gfn.....	91	ARISTADA.....	102
acetyl-l-carnitine hcl.....	51	AMBISOME.....	36	ARISTADA INITIO.....	102
acitretin.....	128	ambrisentan.....	50	armodafinil.....	107
ACTHIB.....	26	AMETHIA.....	61	ARNUITY ELLIPTA.....	90
ACTIMMUNE.....	24	amikacin sulfate.....	37	arthritis pain relief.....	31
acyclovir.....	39	amiloride hcl.....	48	arthritis pain reliever.....	31
acyclovir sodium.....	39	amiloride-hydrochlorothiazide.....	48	ascorbic acid.....	117
ADACEL.....	26	AMINOSYN-PF.....	116	ascorbyl palmitate.....	51
adefovir dipivoxil.....	39	amiodarone hcl.....	44	asenapine maleate.....	102
ADEMPAS.....	50	amitriptyline hcl.....	100	ASHLYNA.....	61
ADRENALIN.....	49	amlodipine besy-benazepril hcl.....	48	aspartame.....	109
ADRIAMYCIN.....	21	amlodipine besylate.....	47	aspirin.....	31
ADVAIR DISKUS.....	89	amlodipine besylate-valsartan.....	47	aspirin ec.....	31
ADVAIR HFA.....	89	amlodipine-olmesartan.....	48	aspirin ec low dose.....	31
AFINITOR.....	15	amlodipine-valsartan-hctz.....	48	aspirin-dipyridamole er.....	82
AFINITOR DISPERZ.....	15	ammonium lactate.....	130	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
AFIRMELLE.....	61	AMNESTEEM.....	127	SYR.....	59
AIMOVIG.....	105	amoxapine.....	100	atazanavir sulfate.....	34
ala-cort.....	128	amoxicillin.....	42	atenolol.....	46
albendazole.....	37	amoxicillin-pot clavulanate.....	43	atenolol-chlorthalidone.....	46
albuterol sulfate.....	86	amoxicillin-pot clavulanate er.....	42	atomoxetine hcl.....	109
albuterol sulfate hfa.....	85	amphetamine-dextroamphetamine er.....	109	atorvastatin calcium.....	45
alclometasone dipropionate.....	129	amphetamine-dextroamphetamine 109		atovaquone.....	37
ALDURAZYME.....	66	amphotericin b.....	36	atovaquone-proguanil hcl.....	39
ALECENSA.....	15	ampicillin.....	43	atropine sulfate.....	85
alendronate sodium.....	70	ampicillin sodium.....	43	ATROVENT HFA.....	86
alfuzosin hcl er.....	79	ampicillin-sulbactam sodium.....	43	AUBRA EQ.....	61
ALIMTA.....	21	anagrelide hcl.....	80	AUROVELA 1/20.....	61
aliskiren fumarate.....	49	anastrozole.....	20	AUROVELA 24 FE.....	61
all day allergy.....	86	ANDRODERM.....	57	AUROVELA FE 1.5/30.....	61
all day allergy d.....	91	ANIMAL SHAPES.....	117	AUROVELA FE 1/20.....	61
all day allergy-d.....	91	animal shapes/iron.....	117	AURYXIA.....	56
aller-chlor.....	86	ANORO ELLIPTA.....	88	AUSTEDO.....	105
aller-ease.....	86	antacid.....	71	AVASTIN.....	15
allergy.....	86	antacid anti-gas max strength.....	71	AVIANE.....	61

AVITA	127	BEXZERO	26	c-1000/rose hips	117
AYR SALINE NASAL NETI RINSE	89	bicalutamide	20	c-500	117
AYR SALINE NASAL RINSE	89	BICILLIN L-A	43	ca phosphate dibasic dihyd	112
AYUNA	61	BIKTARVY	35	cabergoline	66
AYVAKIT	15	bioflavonoid citrus	51	CABOMETYX	15
azacitidine	21	biotin	117	calamine	131
azathioprine	25	biotin-d	51	calamine phenolated	130
azelastine hcl	83, 86	bisacodyl	75	calamine-zinc oxide	131
azithromycin	41	bisacodyl ec	75	CALCET PETITES	113
AZOPT	83	bismatrol	72	CALCI-CHEW	113
aztreonam	37	bismuth	72	CALCIFEROL	117
AZURETTE	61	bismuth subcarbonate	51	calcipotriene	128
b complex	117	bisoprolol fumarate	46	calcitonin (salmon)	70
b complex-c	117	bisoprolol-hydrochlorothiazide	46	CALCITRATE	113
B-12 DOTS	117	BIVIGAM	24	CALCITRENE	128
bacitracin	84, 127	BLEPHAMIDE S.O.P.	84	calcitriol	57
bacitracin zinc	127	BLISOVI 24 FE	61	calcium	113
bacitracin-polymyxin b	84	BLISOVI FE 1.5/30	61	calcium 500/d	113
bacitra-neomycin-polymyxin-hc	84	BOOSTRIX	26	calcium 600	113
baclofen	96	boric acid	130	calcium 600+d	113
balsalazide disodium	74	boric acid topical	51	calcium 600-d	113
BALVERSA	15	bortezomib	15	calcium acetate (phos binder)	56
BALZIVA	61	bosentan	50	calcium carb-cholecalciferol	113
banana concentrate	51	BOSULIF	15	calcium carbonate	113
BANOPHEN	86	BPROTECTED PEDIA POLY-		calcium carbonate antacid	113
BANZEL	96	VITE/FE	117	calcium carbonate extra light	113
BARACLUDE	39	BRAFTOVI	15	calcium citrate +	117
BASAGLAR KWIKPEN	59	BREO ELLIPTA	89	calcium citrate tetrahydrate	51
baza antifungal	126	BREZTRI AEROSPHERE	88, 89	calcium gluconate anhydrous	113
bcg vaccine	26	briellyn	61	calcium high potency	113
b-complex/b-12	117	BRILINTA	82	calcium high potency/vitamin d	113
b-complex/vitamin c (wl ca)	117	brimonidine tartrate	83	calcium hydroxide	51
BEELITH	112	brinzolamide	83	calcium lactate	113
BEKYREE	61	BRIVIACT	96	calcium phosphate tribasic	113
BELSOMRA	106	BROMFED DM	91	calcium saccharate	51
benazepril hcl	50	bromfenac sodium (once-daily)	85	calcium-magnesium-zinc	113
benazepril-hydrochlorothiazide	48	bromocriptine mesylate	95	calcium-vitamin d3	114
BENDEKA	15	BROMSITE	85	calcium-vitamin d-minerals	114
BENLYSTA	25	BRUKINSA	15	CALQUENCE	15
benzoin	126	budesonide	74, 90	CAMILA	61
benzonataate	91	budesonide er	74	camphor	131
benzoyl peroxide-erythromycin	127	BUFFER CREAM	51	CAMRESE	61
benzphetamine hcl	107	bumetanide	49	CAMRESE LO	61
benztropine mesylate	95	buprenorphine	30	candesartan cilexetil	44
benzyl alcohol	51	buprenorphine hcl	107	candesartan cilexetil-hctz	48
bepotastine besilate	83	buprenorphine hcl-naloxone hcl	107	capcof	91
BEPREVE	83	bupropion hcl	100	CAPLYTA	102
BERINERT	80	bupropion hcl er (smoking det)	107	CAPRELSA	16
BESIVANCE	84	bupropion hcl er (sr)	100	capsaicin	131
betaine anhydrous	51	bupropion hcl er (xl)	100	captotril	50
betamethasone dipropionate	129	buspirone hcl	96	CARBAGLU	66
betamethasone dipropionate aug	129	butorphanol tartrate	29	carbamazepine	97
betamethasone valerate	129	butyldaben	51	carbamazepine er	96, 97
BETASERON	106	BYDUREON	58	carbidopa-levodopa	95
betatemp childrens	31	BYDUREON BCISE	58	carbidopa-levodopa er	95
betaxolol hcl	46, 83	BYETTA 10 MCG PEN	58	carbidopa-levodopa-entacapone	95
bethanechol chloride	79	BYETTA 5 MCG PEN	58	CARBOGEL 940	51
BETOPTIC-S	83	BYSTOLIC	46	CARBOHOL 940	51
BEVESPI AEROSPHERE	88	c 250	117	carbomer homopolymer type c	51
bexarotene	21	c 500/rose hips	117	carboplatin	15

carboxymethylcellulose sodium.....	51	chewable vite childrens.....	118	clonidine hcl.....	49
carisoprodol.....	96	chewable vite/iron childrens.....	118	clopidogrel bisulfate.....	82
CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	126	child chewable vitamins/iron.....	118	clorazepate dipotassium.....	97
carteolol hcl.....	83	childrens animal shapes.....	118	CLORPACTIN.....	131
CARTIA XT.....	47	childrens chewable vitamins.....	118	clotrimazole.....	78, 125, 126
carvedilol.....	46	childrens ibuprofen.....	27	clotrimazole-betamethasone.....	126
caspofungin acetate.....	36	childrens loratadine.....	87	clove oil.....	51
castellani paint modified.....	126	childrens mucus relief expect.....	91	clozapine.....	102
CAYSTON.....	37	childrens silapap.....	31	co q 10.....	109
CAZIANT.....	61	childrens silfedrine.....	91	co q10.....	109
cefaclor.....	40	childrens tactinal.....	31	co q-10.....	109
cefaclor er.....	40	chlorhexidine gluconate.....	125	coal tar.....	52
cefadroxil.....	40	chloroform.....	51	COARTEM.....	39
cefazolin sodium.....	40	chloroquine phosphate.....	39	cocoa butter.....	52
cefazolin sodium-dextrose.....	40	chlorpromazine hcl.....	102	coconut oil.....	52
cefdinir.....	40, 41	chlorthalidone.....	49	cod liver oil.....	118
cefepime hcl.....	41	chocolate concentrate.....	51	coenzyme q10.....	52, 109, 110
cefixime.....	41	cholesterol.....	51	coenzyme q-10.....	109, 110
cefoxitin sodium.....	41	cholestyramine.....	45	co-enzyme q10.....	109
cefpodoxime proxetil.....	41	cholestyramine light.....	45	co-enzyme q-10.....	110
cefprozil.....	41	chromic chloride.....	116	colchicine.....	33
ceftazidime.....	41	chrysin.....	51	colchicine-probenecid.....	33
ceftazidime and dextrose.....	41	ciclopirox olamine.....	126	colesevelam hcl.....	45
ceftriaxone sodium.....	41	cilostazol.....	80	colestipol hcl.....	45
cefuroxime axetil.....	41	CILOXAN.....	84	colistimethate sodium (cba).....	37
cefuroxime sodium.....	41	CIMDUO.....	35	collodion.....	52
celecoxib.....	27	cinacalcet hcl.....	66, 67	collodion flexible.....	52
CELONTIN.....	97	CIPRO.....	42	COMBIGAN.....	83
centamin.....	117	ciprofloxacin hcl.....	42, 84	COMBIVENT RESPIMAT.....	89
centavite.....	117	ciprofloxacin in d5w.....	42	COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	16
century.....	117	ciprofloxacin-dexamethasone.....	132	COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	16
century mature.....	117	cisplatin.....	15	COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	60
cephalexin.....	41	citalopram hydrobromide.....	100	COMPETE.....	118
CERDELGA.....	66	citric acid anhydrous.....	51	COMPLERA.....	35
CEREZYME.....	66	citrus calcium +d.....	114	complete.....	118
CEROVITE ADVANCED FORMULA.....	117	citrus calcium/vitamin d.....	114	complete allergy medicine.....	87
CEROVITE JR.....	117	CLARAVIS.....	127	complete senior.....	118
CEROVITE SENIOR.....	117	clarithromycin.....	42	COMPROMO.....	73
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT.....	118	clarithromycin er.....	42	constulose.....	75
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	118	classic prenatal.....	118	COPIKTRA.....	16
cetirizine hcl.....	87	clindamycin hcl.....	37	copper sulfate.....	116
cetirizine hcl allergy child.....	87	clindamycin palmitate hcl.....	37	coq10.....	110
cetirizine hcl childrens alrgy.....	87	clindamycin phosphate.....	37, 78, 127	coq-10.....	110
cetirizine hcl hives relief.....	87	clindamycin phosphate in d5w.....	37	CORLANOR.....	49
cetirizine-pseudoephedrine er.....	91	clindamycin phosphate in nacl.....	37	corn starch.....	52
cetyl alcohol.....	51	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)....	116	cortisone acetate.....	69
cevimeline hcl.....	125	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....	116	COTELLIC.....	16
CHANTIX.....	107	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)....	116	cottonseed oil.....	52
CHANTIX CONTINUING MONTH PAK.....	107	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)....	116	cough dm.....	91
CHANTIX STARTING MONTH PAK.....	107	clinimix/dextrose (6/5).....	116	creatine monohydrate.....	52
charcoal.....	66	clinimix/dextrose (8/10).....	116	CREON.....	75
CHATEAL.....	62	clinimix/dextrose (8/14).....	116	CRIXIVAN.....	34
CHEMET.....	57	CLINISOL SF.....	116	cromolyn sodium.....	74, 83, 89
CHEMSTRIP UGK.....	66	CLINOLIPID.....	116	croton oil.....	52
cherry.....	51	clobazam.....	97	CRYSELLE-28.....	62
cherry concentrate.....	51	clobetasol propionate.....	129	cupric chloride.....	116
		clobetasol propionate e.....	129		
		clomipramine hcl.....	100		
		clonazepam.....	97		
		clonidine.....	49		

cvs cough dm	91	dextrose 5%/electrolyte #48	111	docetaxel	22
cvs gauze sterile	60	dextrose in lactated ringers	111	docu	75
cyanocobalamin	118	dextrose-nacl	111	docu soft	75
CYCLAFEM 1/35	62	dextrose-sodium chloride	111	docusate sodium	75
CYCLAFEM 7/77	62	dhea	110	DOCUSIL	75
cyclobenzaprine hcl	96	DIABETIC TUSSIN	92	DOCUSOL MINI	76
cyclophosphamide	15	DIABETIC TUSSIN DM	92	dofetilide	44
cycloserine	35	DIABETIC TUSSIN MAX ST	92	donepezil hcl	100
cyclosporine	25	DIABETISWEET	110	DOPTELET	80
cyclosporine modified	25	DIACOMIT	97	dorzolamide hcl	83
cyproheptadine hcl	87	DIALYVITE 800	118	dorzolamide hcl-timolol mal	83
CYRED EQ	62	DIALYVITE 800/ZINC	118	DOTTI	68
CYSTADANE	67	DIALYVITE 800-ZINC 15	118	DOVATO	36
CYSTADROPS	85	DIALYVITE VITAMIN D 5000	118	doxazosin mesylate	46
CYSTAGON	67	DIALYVITE VITAMIN D3 MAX	118	doxepin hcl	100, 101, 106
CYSTARAN	85	DIASCREEN 10	67	doxorubicin hcl	21
cytarabine	21	DIASCREEN 1G	67	doxorubicin hcl liposomal	21
d 1000	118	DIASCREEN 2GK	67	DOXY 100	44
d 400	118	DIASCREEN 3	67	doxycycline hydiate	44
d 5000	118	DIASCREEN 4OBL	67	DRIZALMA SPRINKLE	101
d3 high potency	118	DIASCREEN 5	67	dronabinol	73
d3 super strength	118	DIASCREEN 6	67	drospiren-eth estrad-levomefol	62
daily vitamins	118	DIASCREEN 7	67	drospirenone-ethinyl estradiol	62
daily-vite	118	DIASCREEN 8	67	DROXIA	80
daily-vite/iron/beta-carotene	118	DIASCREEN 9	67	droxidopa	49
dalfampridine er	106	DIASTIX	67	ducodyl	76
DALIRESP	89	diazepam	97	duloxetine hcl	101
danazol	68	diazoxide	57	DUREZOL	85
dantrolene sodium	96	diclofenac potassium	28	dutasteride	79
dapsone	37	diclofenac sodium	28, 85, 131	dutasteride-tamsulosin hcl	79
DAPTACEL	26	diclofenac sodium er	28	E.E.S. 400	42
daptomycin	37	dicloxacillin sodium	43	e-400	118
DASETTA 1/35	62	dicyclomine hcl	74	ecee plus	118
DASETTA 7/7/7	62	diethylpropion hcl	107	ec-naproxen	28
DAURISMO	16	diethylpropion hcl er	107	ECPIRIN	31
DAYHIST ALLERGY 12 HOUR RELIEF	87	DIFICID	42	ed chlorped jr	87
DAYSEE	62	diflunisal	28	ed-apap	31
DEBLITANE	62	difluprednate	85	EDURANT	34
deferasirox	57	DIGITEK	49	efavirenz	34
deferasirox granules	57	DIGOX	49	efavirenz-emtricitab-tenofovir	36
DELESTROGEN	68	digoxin	49	efavirenz-lamivudine-tenofovir	36
DELSTRIGO	35	dihydroergotamine mesylate	105	ELDERTONIC	118
DESCOVY	36	DILANTIN	97	ELINEST	62
desipramine hcl	100	DILANTIN INFATABS	97	ELIQUIS	79
desmopressin ace spray refrig	67	diltiazem hcl	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	79
desmopressin acetate	67	diltiazem hcl er	47	ELLA	62
desmopressin acetate pf	67	diltiazem hcl er beads	47	ELURYNG	62
desmopressin acetate spray	67	diltiazem hcl er coated beads	47	EMCYT	20
desogestrel-ethinyl estradiol	62	dilt-xr	47	EMEND	73
desvenlafaxine succinate er	100	diphenhist	87	EMOQUETTE	62
dexamethasone	69	diphenhydramine hcl	87	EMSAM	101
DEXAMETHASONE INTENSOL	69	diphenoxylate-atropine	74	emtricitabine	34
dexamethasone sod phosphate pf	69	diphtheria-tetanus toxoids dt	26	emtricitabine-tenofovir df	36
dexamethasone sodium phosphate	69, 85	dipyridamole	82	EMTRIVA	34
DEXILANT	75	disopyramide phosphate	44	EMVERM	37
dexmethylphenidate hcl	109	distilled water	52	enalapril maleate	50
dextromethorphan polistirex er	92	disulfiram	107	enalapril-hydrochlorothiazide	48
dextrose	116	divalproex sodium	97	ENBREL	23
		divalproex sodium er	97	ENBREL MINI	22

ENBREL SURECLICK	23	everolimus	16, 25	FIASP	60
ENDARI	80	EVOTAZ	36	FIASP FLEXTOUCH	60
ENDOCET	29	EXEL COMFORT POINT PEN		FIASP PENFILL	60
ENEMEEZ MINI	76	NEEDLE	60	finasteride	79
ENEMEEZ PLUS	76	exemestane	20	FINTEPLA	97
ENGERIX-B	26	EXKIVITY	16	FLAC	132
enoxaparin sodium	79, 80	ezetimibe	45	FLAREX	85
ENPRESSE-28	62	ezetimibe-simvastatin	45	FLAVORX	52
ENSKYCE	62	EZFE 200	81	FLEBOGAMMA DIF	24
ENSTILAR	129	ezfe forte	119	flecainide acetate	44
entacapone	95	FABRAZYME	67	FLOVENT DISKUS	90
entecavir	39	FALMINA	62	FLOVENT HFA	90
ENTRESTO	48	famciclovir	39	fluconazole	36
enulose	76	famotidine	71	fluconazole in sodium chloride	36
EPCLUSA	39	famotidine premixed	71	flucytosine	36
EPIDIOLEX	97	FANAPT	103	fludrocortisone acetate	69
epinephrine	89	FANAPT TITRATION PACK	103	flunisolide	91
epirubicin hcl	21	FARXIGA	58	fluocinolone acetonide	129, 132
EPITOL	97	FARYDAK	16	fluocinolone acetonide body	129
EPIVIR HBV	39	FASENRA	89	fluocinonide	129
eplerenone	44	FASENRA PEN	89	fluocinonide emulsified base	129
epsom salt	76	fast acting antacid/anti-gas	71	fluorometholone	85
eq cough dm	92	FATTYBLEND	52	fluorouracil	21, 131
eq lice killing max st	130	FAYOSIM	62	fluoxetine hcl	101
eql coq10	110	fd&c red #40 aluminum lake	52	fluphenazine decanoate	103
ergocalciferol	118	fd&c yellow #5	52	fluphenazine hcl	103
ergotamine-caffeine	105	fdc blue 1	52	flurbiprofen	28
ERIVEDGE	16	fdc blue 1 aluminum lake	52	flurbiprofen sodium	85
ERLEADA	20	fdc blue 2	52	flutamide	20
erlotinib hcl	16	fdc green #3	52	fluticasone propionate	91, 129
ERRIN	62	fdc red #3	52	fluvoxamine maleate	96
ertapenem sodium	37	fdc red 40	52	folic acid	119
ery	127	fdc yellow 5 aluminum lake	52	FOLITAB 500	81
ERY-TAB	42	fdc yellow 6	52	fondaparinux sodium	80
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	42	felbamate	97	formaldehyde	131
ERYTHROCIN STEARATE	42	felodipine er	47	FORTEO	70
erythromycin	84, 127	FEMYNOR	62	fosamprenavir calcium	34
erythromycin base	42	fenofibrate	45	fosinopril sodium	50
erythromycin ethylsuccinate	42	fenofibrate micronized	45	fosinopril sodium-hctz	48
ESBRIET	89	fentanyl	30	FOTIVDA	16
escitalopram oxalate	101	fentanyl citrate	29	FREAMINE III	116
esomeprazole magnesium	75	FERAHEME	81	FREE & CLEAR	131
ESTARYLLA	62	FERATE	81	fructose	110
ESTER-C	118	FEROSUL	81	fullers earth	52
estradiol	68, 69	ferretts	81	fulvestrant	20
estradiol valerate	69	ferretts ips	81	FUNGOID-D	126
estradiol-norethindrone acet	69	FERREX 150	81	furosemide	49
eszopiclone	106	ferric subsulfate	52	FUSION	82
ethambutol hcl	35	FERRIMIN 150	81	FUZEON	34
ethosuximide	97	ferrous fumarate	81	FYAVOLV	69
ethoxy ethoxy ethanol reagent	52	ferrous gluconate	81	FYCOMP	97, 98
ethyl alcohol	52	ferrous sulfate	81	gabapentin	98
ethyl oleate	52	ferrousul	81	galantamine hydrobromide	100
ethynodiol diac-eth estradiol	62	FETZIMA	101	galantamine hydrobromide er	100
etodolac	28	FETZIMA TITRATION	101	GAMASTAN	24
etodolac er	28	FEVERALL ADULTS	31	GAMMAGARD	24
etonogestrel-ethinyl estradiol	62	FEVERALL CHILDRENS	31	GAMMAGARD S/D LESS IGA	24
etoposide	22	FEVERALL INFANTS	31	GAMMAKED	24
etravirine	34	FEVERALL JUNIOR STRENGTH	31	GAMMAPLEX	24
EUTHYROX	56	fexofenadine hcl	87		

GAMUNEX-C	24	gnp calcium	114	gnp one daily mens/lycopene	119
ganciclovir sodium	39	gnp calcium 500 +d3.....	114	gnp one daily plus iron	119
GARDASIL 9	26	gnp calcium 500/d	114	gnp one daily womens 50+	119
gatifloxacin	84	gnp calcium 600 +d3/minerals	114	gnp one daily womens health	120
GATTEX	74	gnp calcium 600/d	114	gnp opti-vitamins	120
GAVILYTE-C	76	gnp calcium citrate +d3	114	gnp pain & fever childrens	31
GAVILYTE-G	76	gnp calcium citrate+d maximum	114	gnp pain relief extra strength	31
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		gnp calcium plus 600 +d	114	gnp pediatric electrolyte	112
PACK	76	gnp calcium/vitamin d/minerals	114	gnp pink bismuth	72
GAVRETO	16	gnp calcium-magnesium-zinc	114	gnp prenatal	120
gemcitabine hcl	21	gnp capsaicin	131	gnp pseudoephedrine hcl 12 hr	92
gemfibrozil	45	gnp century	119	gnp senna-lax	76
generlac	76	gnp century adults 50+ senior	119	gnp slow release iron	82
GENGRAF	25	gnp century cardio health	119	gnp stomach relief	72
GENOTROPIN	67	gnp century energy metabolism	119	gnp stool softener	76
GENOTROPIN MINIQUICK	67	gnp century mature	119	gnp suphedrin	92
GENTAK	84	gnp century ultimate mens	119	gnp terbinafine hydrochloride	126
gentamicin in saline	37	gnp century ultimate womens	119	gnp therapeutic-m	120
gentamicin sulfate	38, 84, 128	gnp childrens allergy	87	gnp tolnaftate	126
gentle laxative	76	gnp childrens chewables/ex c	119	gnp triple antibiotic plus	128
GENVOYA	36	gnp childrens chewables/iron	119	gnp tussin cf cough & cold	92
geriaton	119	gnp childrens complete	119	gnp tussin dm	92
geriatric vitamin	119	gnp childrens ibuprofen	28	gnp tussin dm cough	92
GIANVI	62	gnp clotrimazole 3	78	gnp tussin dm max	92
GILENYA	106	gnp co q10	110	gnp vitamin a	120
GILOTRIF	16	gnp cod liver oil	119	gnp vitamin b1	120
glatiramer acetate	106	gnp coenzyme q-10	110	gnp vitamin b-12	120
GLATOPA	106	gnp cough dm er	92	gnp vitamin b-12 tr	120
glimepiride	58	gnp dayhist allergy	87	gnp vitamin b-6	120
glipizide	58	gnp essential one daily	119	gnp vitamin c	120
glipizide er	58	gnp folic acid	119	gnp vitamin c cr	120
glipizide xl	58	gnp glycerin child	76	gnp vitamin c drops	120
glipizide-metformin hcl	58	gnp healthy eyes	119	gnp vitamin c w/rose hips	120
global alcohol prep ease	60	gnp healthy eyes supervision	119	gnp vitamin cl/rose hips tr	120
glucosamine hcl	52	gnp ibuprofen infants	28	gnp vitamin d	120
glucosamine sulfate	52	gnp ibuprofen junior strength	28	gnp vitamin d-400	120
glycerin	52	gnp infants pain/fever	31	gnp vitamin e	120
glycerin (infants & children)	76	gnp iron	82	gnp womens one daily	120
glycolic acid	52, 131	gnp k-peç	72	gnp zinc	114
glycopyrrolate	74	gnp laxative	76	gnp zoochews gummies	120
GLYDO	127	gnp laxative pills	76	GOLYTELY	76
GLYXAMBI	58	gnp lice treatment	130	goodsense all day allergy	87
gnp 8 hour pain reliever	31	gnp little ones childrens	119	goodsense arthritis pain	31
gnp all day allergy	87	gnp loratadine	87	goodsense aspirin	31
gnp all day allergy childrens	87	gnp magnesium	114	goodsense ibuprofen childrens	28
gnp all day allergy-d	92	gnp maximum one daily	119	goodsense ibuprofen infants	28
gnp allergy	87	gnp mega multi for men	119	goodsense ibuprofen junior st	28
gnp allergy & congestion	92	gnp mega multi for women	119	goodsense nicotine	107
gnp allergy relief	87	gnp miconazole 3	78	goodsense pain & fever child	31
gnp antacid anti-gas	71	gnp miconazole 7	78	goodsense pain & fever infants	31
gnp anti-diarrheal	72	gnp mucus relief childrens	92	goodsense pain relief	32
gnp arthritis pain relief	31	gnp nasal decongestant	92	goodsense pain relief extra st	31
gnp aspirin	31	gnp nasal decongestant pe	92	gowey	110
gnp athletes foot	126	gnp natural fiber	76	granisetron hcl	73
gnp b-100 balanced tr	119	gnp niacin tr	119	grape flavor	52
gnp b-50 balanced	119	gnp nicotine mini	107	grape seed	52
gnp bacitracin zinc	128	gnp nicotine polacrilex	107	grape syrup	52
GNP BISA-LAX	76	gnp one daily maximum	119	green tea extract	53
gnp boric acid	52	gnp one daily mens 50+advanced	119	griseofulvin microsize	36
gnp cal mag zinc +d3	119	gnp one daily mens health 50+	119	griseofulvin ultramicrosize	36

guaiatussin ac.....	92	hm stomach relief.....	73	IDHIFA.....	16
guaifenesin.....	92	hm stool softener.....	76	ILEVRO.....	85
guaifenesin ac.....	92	hm triple antibiotic.....	128	imatinib mesylate.....	16
guaifenesin-codeine.....	92	hm triple antibiotic max st.....	128	IMBRUVICA.....	16
guaifenesin-dm.....	92	hm tussin adult.....	93	imipenem-cilastatin.....	38
guanfacine hcl.....	49	hm tussin adult dm.....	93	imipramine hcl.....	101
guanfacine hcl er.....	109	hm tussin adult multi-symptom.....	93	imiquimod.....	131
GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	57	hm vitamin b1.....	120	IMOVAZ RABIES.....	26
GVOKE PFS.....	57	hm vitamin b12.....	120	INCASSIA.....	62
H2Q.....	110	hm vitamin e.....	120, 121	INCRELEX.....	67
HAEGARDA.....	80	hrt base.....	53	INCRUSE ELLIPTA.....	86
HAILEY 1.5/30.....	62	HUMIRA.....	23	indapamide.....	49
HAILEY 24 FE.....	62	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		indole-3-carbinol.....	53
halobetasol propionate.....	129	START.....	23	INFANRIX.....	26
haloperidol.....	103	HUMIRA PEN.....	23	infants ibuprofen.....	28
haloperidol decanoate.....	103	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INFUVITE ADULT.....	121
haloperidol lactate.....	103	STARTER.....	23	INFUVITE PEDIATRIC.....	121
HARVONI.....	39	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INGREZZA.....	105
HAVRIX.....	26	START.....	23	INLYTA.....	16, 17
healthy eyes.....	120	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		inositol hexanicotinate.....	53
HEATHER.....	62	START.....	23	INQOVI.....	21
heparin (porcine) in nacl.....	80	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT		INREBIC.....	17
heparin sod (porcine) in d5w.....	80	STARTER.....	23	INTEGRA.....	82
heparin sodium (porcine).....	80	HUMULIN R U-500		INTELENCE.....	34
HEPATAMINE.....	116	(CONCENTRATED).....	60	INTRALIPID.....	116
HERCEPTIN.....	16	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	60	INTRON A.....	25
HERCEPTIN HYLECTA.....	16	hydralazine hcl.....	49	INTROVALE.....	62
HERZUMA.....	16	hydrochloric acid.....	53	INVEGA SUSTENNA.....	103
HETLIOZ.....	106	hydrochlorothiazide.....	49	INVEGA TRINZA.....	103
HIBERIX.....	26	hydrocodol polst-cpm polst er.....	93	INVIRASE.....	34
HIGH POTENCY CALCIUM.....	114	hydrocodone bitartrate er.....	30	IPOL.....	26
hm advanced antacid max st.....	71	hydrocodone-acetaminophen.....	29	ipratropium bromide.....	86
hm allergy.....	88	hydrocodone-homatropine.....	93	ipratropium-albuterol.....	89
hm allergy complete-d.....	92	hydrocodone-ibuprofen.....	29	irbesartan.....	44
hm allergy relief.....	87	hydrocortisone.....	69, 74, 129	irbesartan-hydrochlorothiazide.....	48
hm allergy relief/nasal decong.....	93	hydrocortisone (perianal).....	131	IRESSA.....	17
hm antacid anti-gas ex st.....	71	hydromet.....	93	irinotecan hcl.....	22
hm antacid/antigas.....	71	hydromorphone hcl.....	29	iron.....	82
hm anti-diarrheal.....	73	hydrophilic.....	53	iron 100 plus.....	82
hm arthritis pain relief.....	32	hydrorous emulsified base.....	53	iron 100/c.....	82
hm aspirin.....	32	hydroxocobalamin acetate.....	121	ISENTRESS.....	34
hm aspirin ec.....	32	hydroxychloroquine sulfate.....	26	ISENTRESS HD.....	34
hm bacitracin zinc.....	128	hydroxyurea.....	21	ISIBLOOM.....	62
hm cetirizine hcl childrens.....	88	hydroxyzine hcl.....	88	ISOLYTE-P IN D5W.....	111
hm coq10.....	110	hydroxyzine pamoate.....	88	ISOLYTE-S.....	111
hm cough dm.....	93	HYSINGLA ER.....	30	isoniazid.....	35
hm epsom salt.....	76	ibandronate sodium.....	70	isopropyl palmitate.....	53
hm ibuprofen childrens.....	28	IBRANCE.....	16	ISOPTO ATROPINE.....	85
hm ibuprofen infants.....	28	IBU.....	28	isosorbide dinitrate.....	50
hm iron.....	82	ibuprofen.....	28	isosorbide mononitrate.....	50
hm lice killing max st.....	130	ibuprofen childrens.....	28	isosorbide mononitrate er.....	50
hm loperamide hcl.....	73	ibuprofen junior strength.....	28	isotretinoin.....	127
hm loratadine childrens.....	88	ICAPS.....	121	isradipine.....	47
hm nasal decongestant pe.....	93	ICAPS AREDS FORMULA.....	121	itraconazole.....	37
hm niacin.....	120	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	121	ivermectin.....	38
hm nicotine polacrilex.....	107	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN....	121	i-vite.....	121
hm pain & fever childrens.....	32	ICAPS MV.....	121	i-vite protect.....	121
hm pain & fever infants.....	32	icatibant acetate.....	80	IXIARO.....	26
hm pain relief extra strength.....	32	ICLEVIA.....	62	JAKAFI.....	17
hm pain reliever.....	32	ICLUSIG.....	16	JANTOVEN.....	80

JANUMET	58	<i>lactose monohydrate</i>	53	LEXIVA	34
JANUMET XR	58	<i>lactulose</i>	76	<i>l-glutamine</i>	110
JANUVIA.....	58	<i>lactulose encephalopathy</i>	76	<i>l-glutathione</i>	110
JARDIANCE	58	<i>lamivudine</i>	34, 39	<i>lice killing maximum strength</i>	130
JASMIEL	63	<i>lamivudine-zidovudine</i>	36	<i>lice treatment</i>	130
JELENE	53	<i>lamotrigine</i>	98	LICIDE	130
JENTADUETO	58	<i>lamotrigine er</i>	98	<i>lidocaine</i>	127
JENTADUETO XR	58	<i>lansoprazole</i>	75	<i>lidocaine hcl</i>	33, 127
jessners.....	131	<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	33
JINTELI	69	<i>l-arginine</i>	110	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	127
jock itch spray	126	LARIN 1.5/30	63	<i>lidocaine viscous hcl</i>	125
JOLESSA	63	LARIN 1/20	63	<i>lidocaine-prilocaine</i>	127
JULEBER	63	LARIN 24 FE	63	LILLOW	63
JULUCA	36	LARIN FE 1.5/30	63	<i>linezolid</i>	38
JUNEL 1.5/30	63	LARIN FE 1/20	63	<i>linezolid in sodium chloride</i>	38
JUNEL 1/20	63	LARISSIA	63	LINZESS	74
JUNEL FE 1.5/30	63	LASTACRAFT	83	<i>liothyronine sodium</i>	56
JUNEL FE 1/20	63	<i>latanoprost</i>	83	<i>lip balm base</i>	53
JUNEL FE 24	63	LATUDA	103	<i>lip balm base natural</i>	53
JUXTAPID	45	LAYOLIS FE	63	LIPOBASE	53
KADCYLA	17	<i>l-citrulline</i>	53	<i>lipoic acid</i>	53
KAITLIB FE	63	<i>l-cystine</i>	110	LIPOIL	53
KALETTRA	36	<i>lecithin</i>	110	<i>lipovan base</i>	53
KALYDECO	89, 90	LEENA	63	<i>lisinopril</i>	50
KANJINTI	17	<i>leflunomide</i>	26	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	48
karaya gum	53	<i>lemon bioflavanoid</i>	53	<i>l-isoleucine</i>	110
KARIVA	63	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)	17	<i>lithium</i>	105
kcl in dextrose-nacl	111	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)	17	<i>lithium carbonate</i>	105
KELNOR 1/35	63	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)	17	<i>lithium carbonate er</i>	105
KELNOR 1/50	63	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN 1.5/30 (21)	63
ketoconazole	37, 126, 128	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN 1/20 (21)	63
KETO-DIASTIX	67	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN FE 1.5/30	64
ketorolac tromethamine	85	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)	17	LOESTRIN FE 1/20	64
KEYTRUDA	17	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)	17	<i>lohist-dm</i>	93
KINRIX	26	LESSINA	63	LOKELMA	57
KISQALI (200 MG DOSE)	17	<i>letrozole</i>	20	LOLLIBASE	53
KISQALI (400 MG DOSE)	17	<i>leucovorin calcium</i>	21	LONSURF	22
KISQALI (600 MG DOSE)	17	LEUKERAN	15	<i>loperamide hcl</i>	74
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	22	<i>leuprolide acetate</i>	20	<i>lopinavir-ritonavir</i>	36
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	22	<i>levalbuterol hcl</i>	86	LOPREEZA	69
KLOR-CON	112	<i>levalbuterol tartrate</i>	86	<i>loratadine</i>	88
KLOR-CON 10	112	LEVEMIR	60	<i>loratadine childrens</i>	88
KLOR-CON M10	112	LEVEMIR FLEXTOUCH	60	<i>loratadine-d 24hr</i>	93
KLOR-CON M15	112	<i>levetiracetam</i>	98	<i>lorazepam</i>	96
KLOR-CON M20	112	<i>levetiracetam er</i>	98	LORAZEPAM INTENSOL	96
KLS ALLERCLEAR	88	<i>levetiracetam in nacl</i>	98	LORBRENA	17
KLS ALLER-TEC	88	<i>levobunolol hcl</i>	83	LORTUSS EX	93
kojic acid	53	<i>levocarnitine</i>	67	LORYNA	64
KORLYM	67	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	88	<i>losartan potassium</i>	44
KURVELO	63	<i>levofloxacin</i>	42	<i>losartan potassium-hctz</i>	48
KYNMOBI	95	<i>levofloxacin in d5w</i>	42	LOTEMAX	85
<i>labetalol hcl</i>	46	LEVONEST	63	<i>lovastatin</i>	45
<i>lactated ringers</i>	111	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	63	LOW-OGESTREL	64
<i>lactic acid</i>	53	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	63	<i>loxapine succinate</i>	103
<i>lactose</i>	53	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	63	<i>lozibase</i>	53
<i>lactose anhydrous</i>	53	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	63	<i>l-tyrosine</i>	110
<i>lactose hydrrous</i>	53	LEVORA 0.15/30 (28)	63	LUMAKRAS	17
		LEVO-T	56	LUMIGAN	83
		<i>levothyroxine sodium</i>	56	LUMIZYME	67
		LEVOXYL	56	LUPRON DEPOT (1-MONTH)	20

LUPRON DEPOT (3-MONTH)	20	mesalamine	75	misoprostol	74
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	67	mesalamine er.....	75	MITIGARE	33
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	67	mesalamine-cleanser	75	M-M-R II	27
LUTERA	64	MESNEX	21	m-natal plus	112
I-valine	110	METADATE ER	109	moexipril hcl	50
LYLEQ	64	metformin hcl	59	molindone hcl	103
LYLLANA	69	metformin hcl er	59	mometasone furoate	129, 130
LYNPARZA	17	methadone hcl	30	MONDOXYNE NL	44
LYRICA CR	105	METHADONE HCL INTENSOL	30	MONJUVI	17
LYSODREN	20	methazolamide	49	MONO-LINYAH	64
LYZA	64	methenamine hippurate	38	montelukast sodium	91
M.V.I. PEDIATRIC	121	methimazole	56	morphine sulfate	29, 30
mag-al plus	72	methocarbamol	96	morphine sulfate (concentrate)	29
mag-al plus xs	72	methotrexate	26	morphine sulfate (pf)	29
magdelay	114	methotrexate sodium	21	morphine sulfate er	30
mag-g	114	methotrexate sodium (pf)	21	MOVANTIK	74
MAGNEBIND 300	114	methyl sulfone	53	moxifloxacin hcl	42, 84
magnesium	115	methylcellulose	53	mucus relief chest congestion	93
magnesium 27	114	methyldopa	49	MULTAQ	44
magnesium carbonate heavy	114	methylparaben	53	multi vitamin mens	121
magnesium citrate	53	methylphenidate hcl	109	multi-delyn	121
magnesium oxide	72, 114	methylphenidate hcl er	109	multi-delyn/iron	121
magnesium sulfate	111	methylprednisolone	69	multilex	121
magnesium sulfate in d5w	111	methylprednisolone acetate	69	multiple vitamins essential	121
MAGONATE	115	methylprednisolone sodium succ	69	multiple vitamins/womens	121
malathion	130	metoclopramide hcl	73	multi-vitamins	121
malic acid	53	metolazone	49	mupirocin	128
manganese chloride	115	metoprolol succinate er	46	MVASI	17
mapap	32	metoprolol tartrate	46	mycophenolate mofetil	25
mapap arthritis pain	32	metoprolol-hydrochlorothiazide	46	mycophenolate sodium	25
marlissa	64	metronidazole	38, 78, 131	MYORISAN	127
MARPLAN	101	metronidazole in nacl	38	MYRBETRIQ	79
MATULANE	22	metyrosine	49	na ferric gluc cplx in sucrose	82
MAVYRET	40	MI-ACID	72	nabumetone	28
MAXIMUM D3	121	MIBELAS 24 FE	64	nadolol	46
m-clear wc	93	micafungin sodium	37	nafcillin sodium	43
meclizine hcl	73	miconazole 3 applicator	78	NAGLAZYME	68
medi-bismuth	73	miconazole 3 combo-supp	78	NAIL-EX	121
medi-natural	77	miconazole 7	78	nalbuphine hcl	30
medi-natural plus	76	miconazole nitrate	78, 126	naloxone hcl	108
MEDI-PHEDRYL	88	microderm base	53	naltrexone hcl	108
MEDI-PROFEN	28	MICROGESTIN 1.5/30	64	NAMZARIC	100
MEDI-TABS EXTRA STRENGTH	32	MICROGESTIN 1/20	64	NAPHCON-A	83
medi-tussin dm	93	MICROGESTIN FE 1.5/30	64	naproxen	28, 29
medroxyprogesterone acetate	64, 70	MICROGESTIN FE 1/20	64	naproxen sodium	29
mefloquine hcl	39	MICROSOME BASE	53	naratriptan hcl	105
mega multivitamin for men	121	midodrine hcl	49	NARCAN	108
mega multivitamin for women	121	miglustat	68	nasal decongestant	93
megestrol acetate	20, 70	milantex	72	nasal decongestant pe	93
MEKINIST	17	milantex extra strength	72	nasal decongestant pe max st	93
MEKTOVI	17	MILI	64	NASCOBAL	121
MELODETTA 24 FE	64	MIMVEY	69	NATACYN	84
meloxicam	28	mineral oil	77	nateglinide	59
memantine hcl	100	mineral oil heavy	77	NATPARA	70
memantine hcl er	100	mineral oil light	77	natural bitterness	53
MENACTRA	26	minocycline hcl	44	natural fiber therapy	77
MENQUADFI	26	minoxidil	49	NAYZILAM	98
MENVEO	26	mintox maximum strength	72	nebivolol hcl	46
mercaptopurine	21	MINTOX PLUS	72	NECON 0.5/35 (28)	64
meropenem	38	mirtazapine	101	nefazodone hcl	101

neomycin sulfate	38	NOVAFERRUM 50	82	ORA-BLEND	53
neomycin-bacitracin zn-polymyx	84	NOVAFERRUM PEDIATRIC	82	ORA-BLEND SF	53
neomycin-polymyxin-dexameth	84	DROPS	82	ORA-HESIVE BASE	54
neomycin-polymyxin-gramicidin	84	NOVOLIN 70/30	60	ORALYTE	112
neomycin-polymyxin-hc	84, 132	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	60	ORALYTE FREEZER POPS	112
NEPHRONEX	121	NOVOLIN N	60	orange concentrate	54
NERLYNX	18	NOVOLIN N FLEXPEN	60	ORA-PLUS	54
NEUPRO	96	NOVOLIN R	60	ORASEP	125
nevirapine	34	NOVOLIN R FLEXPEN	60	ORA-SWEET	54
nevirapine er	34	NOVOLOG	60	ORA-SWEET SF	54
NEW SKIN	131	NOVOLOG FLEXPEN	60	ORGOVYX	20
NEXAVAR	18	NOVOLOG MIX 70/30	60	ORKAMBI	90
niacin	122	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	60	ornithine hcl	54
niacin er	121	NOVOLOG PENFILL	60	ORSYTHIA	65
niacin er (antihyperlipidemic)	45	NOXAFL	37	oseltamivir phosphate	40
niacin flush free	121	NUBEQA	20	OSPHENA	68
niacinamide	122	NUEDEXTA	105	oxacillin sodium	43
nicardipine hcl	47	NU-IRON	82	oxalic acid	54
NICE DISTILLED WATER	53	NULOJIX	25	oxaliplatin	15
nicotine	108	NULYTELY LEMON-LIME	77	oxandrolone	57
nicotine polacrilex	108	NUPLAZID	103	oxcarbazepine	98
NICOTROL	108	NUTR-E-SOL	122	oxybutynin chloride	79
NICOTROL NS	108	NUTRILIPID	116	oxybutynin chloride er	79
nifedipine er	47	NYAMYC	126	oxycodone hcl	30
nifedipine er osmotic release	47	NYLIA 7/7/7	65	oxycodone-acetaminophen	30
NIKKI	64	NYMALIZE	47	OXYCONTIN	30
nilutamide	20	NYMYO	65	OYSCO 500	115
nimodipine	47	nystatin	37, 125, 126	OYSCO 500+D	115
NINJACOF-XG	93	NYSTOP	126	oyster calcium + d	115
NINLARO	18	OCELLA	65	oyster shell calcium	115
nitazoxanide	38	OCTAGAM	24	oyster shell calcium w/d	115
nitisinone	68	octreotide acetate	68	oyster shell calcium/d	115
NITRO-BID	50	OCUVITE ADULT 50+	122	oyster shell calcium/vitamin d	115
NITRO-DUR	50	OCUVITE ADULT FORMULA	122	oyster shell/vitamin d	115
nitrofurantoin macrocrystal	38	OCUVITE EXTRA	122	OZEMPIK (0.25 OR 0.5	
nitrofurantoin monohyd macro	38	OCUVITE-LUTEIN	122	MG/DOSE)	59
nitroglycerin	50, 51	ODEFSEY	36	OZEMPIK (1 MG/DOSE)	59
nizatidine	71	ODOMZO	18	PACERONE	45
non-aspirin childrens	32	OFEV	90	paclitaxel	22
non-aspirin extra strength	32	ofloxacin	84, 132	pain & fever	32
non-aspirin pain relief	32	OGIVRI	18	pain & fever childrens	32
NORA-BE	64	olanzapine	103, 104	pain & fever infants	32
norethin ace-eth estrad-fe	64	olmesartan medoxomil	44	pain relief extra strength	32
norethindrone	64	olmesartan medoxomil-hctz	48	pain reliever extra strength	32
norethindrone acetate	70	olmesartan-amlodipine-hctz	48	paliperidone er	104
norethindrone acet-ethinyl est	64	olopatadine hcl	83	pamidronate disodium	70
norethindrone-eth estradiol	69	omeprazole	75	PANRETIN	131
norethin-eth estradiol-fe	64	OMNIPOD 5 PACK	60	pantoprazole sodium	75
norgestimate-eth estradiol	64	OMNIPOD DASH 5 PACK PODS	60	PANZYGA	24
norgestim-eth estrad triphasic	64	OMNIPOD STARTER	60	PARAPLATIN	15
NORLYROC	64	once daily	122	paricalcitol	57
NORPACE CR	44	once daily/iron	122	PAROEX	125
NORTHERA	50	ONCOVITE	122	paramomycin sulfate	38
NORTREL 0.5/35 (28)	65	ondansetron	73	paroxetine hcl	101
NORTREL 1/35 (21)	65	ondansetron hcl	73	PASER	35
NORTREL 1/35 (28)	65	one daily	122	PAXIL	101
NORTREL 7/7/7	65	one daily mens	122	PAZEO	83
nortriptyline hcl	101	ONTRUZANT	18	PCCA BASE 7542	54
NORVIR	34	ONUREG	21	PCCA MBK (FATTY ACID) BASE	54
NOVAFERRUM	82	OPSUMIT	50	pectin	73

ped electrolyte freezer pops	112	PIFELTRO	34	preferred plus insulin syringe	60
PEDIA-LAX	77	pilocarpine hcl	83, 125	pregabalin	98
PEDIARIX	27	pimozide	104	pregabalin er	105
pediatric electrolyte	112	PIMTREA	65	PREMASOL	116
PEDVAX HIB	27	pindolol	46	prenatal	112, 122
peg 300	54	pioglitazone hcl	59	prenatal low iron	122
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	77	piperacillin sod-tazobactam so	44	prenatal plus	112
peg blend	54	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	18	prenatal vitamin plus low iron	112
peg-3350/electrolytes	77	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	18	prenatal vitamins	122
PEGANONE	98	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	18	PRESERVISION AREDS	122
PEGASYS	40	PIRMELLA 1/35	65	PRESERVISION AREDS 2	122
PEMAZYRE	18	piroxicam	29	PRESERVISION/LUTEIN	122
penicillamine	57	PLASMA-LYTE 148	111	PREVALITE	45
penicillin g pot in dextrose	43	PLASMA-LYTE A	111	PREVIFEM	65
penicillin g potassium	43	PLENAMINE	116	PREZCOBIX	36
penicillin g procaine	43	PLENU	77	PREZISTA	34
penicillin g sodium	43	PLO20 FLOWABLE	54	PRIFTIN	35
penicillin v potassium	43	pna-hrt base	54	primaquine phosphate	39
PENTACEL	27	pnv folic acid + iron	112	primidone	99
pentamidine isethionate	38	podactin	126	PRIVIGEN	24
pentoxifylline er	80	podofilox	131	probenecid	33
PENTRAVAN	131	POLOX	54	PROCALAMINE	116
PENTRAVAN PLUS	131	poloxamer 407	54	prochlorperazine	74
peptic relief	73	poly vitamin	122	prochlorperazine edisylate	73
perindopril erbumine	50	polyethylene glycol 1000	54	prochlorperazine maleate	74
PERIOGARD	125	polyethylene glycol 1450	54	PROCIT	81
PERIOMED	125	polyethylene glycol 3350	54	PROCTO-MED HC	131
permethrin	130	polyethylene glycol 400	54	PROCTO-PAK	131
perphenazine	104	polyethylene glycol 8000	54	PROCTOSOL HC	131
PERSERIS	104	POLY-IRON 150	82	PROCTOZONE-HC	131
peruvian balsam	54	polymyxin b-trimethoprim	84	PROFE	82
PFCB	54	polyoxyxl 40 stearate	54	PROGRAF	25
PFIZERPEN	43	polysorbate 20	54	PROLASTIN-C	90
pharbechlar	88	poly-tussin ac	93	PROLENSA	85
pharbedryl	88	polyvitamin/iron	122	PROLIA	70
PHARBETOL	32	POMALYST	22	PROMACTA	80
PHARBETOL EXTRA STRENGTH	32	PORTIA-28	65	promethazine hcl	74
PHARMABASE ANTIOXIDANT	54	posaconazole	37	promethazine-codeine	93
PHARMABASE COSMETIC	54	potassium bromide	54	promethazine-dm	93
PHARMABASE COSMETIC		potassium chloride	111, 112	propafenone hcl	45
NATURAL	54	potassium chloride crys er	112	propafenone hcl er	45
PHARMABASE LIGHT	54	potassium chloride er	112	proparacaine hcl	85
PHARMABASE VAGINAL	54	potassium chloride in dextrose	111	propranolol hcl	46
phendimetrazine tartrate	108	potassium chloride in nacl	111	propranolol hcl er	46
phendimetrazine tartrate er	108	potassium citrate	79	propylene glycol	55
phenelzine sulfate	101	potassium citrate er	79	propylparaben	55
phenobarbital	98	potassium hydroxide	54	propylthiouracil	56
phenobarbital sodium	98	potassium nitrate	54	PROQUAD	27
phentermine hcl	108	potassium sorbate	55	PROSIGHT	122
PHENYTEK	98	PRALUENT	45	PROSOL	116
phenytoin	98	pramipexole dihydrochloride	96	protriptyline hcl	101
phenytoin sodium	98	prasugrel hcl	82	pseudoeph-bromphen-dm	93
phenytoin sodium extended	98	pravastatin sodium	46	pseudoephedrine hcl	94
PHESGO	18	praziquantel	38	pseudoephedrine hcl er	94
PHILITH	65	prazosin hcl	46	PULMICORT FLEXHALER	91
phosphatidylserine	54	prednisolone	69	PULMOZYME	90
phosphorus supplement	115	prednisolone acetate	85	PURIXAN	21
PHYTOBASE	54	prednisolone sodium phosphate	69, 85	px calamine	131
phytonadione	122	prednisone	70	pyrazinamide	35
PICATO	131	PREDNISONE INTENSOL	70	pyridostigmine bromide	105

pyridoxine hcl	122	rdt base	55	SAJAZIR	80
pyruvic acid	55	RECLIPSEN	65	SALTSTABLE LO	55
qc all day allergy	88	RECOMBIVAX HB	27	SANDIMMUNE	25
qc antacid	72	RECTIV	131	SANTYL	127
qc antacid/anti-gas	72	red yeast rice extract	55	sapropterin dihydrochloride	68
qc anti-diarrheal	73	reeses pinworm medicine	38	sb allergy relief/nasal decong	94
qc arthritis pain relief	32	REFENESEN CHEST CONG/PAIN		sb antacid anti-gas	72
qc aspirin	32	RLF	94	sb anti-fungal	126
qc bacitracin	128	REGRANEX	127	sb arthritis pain relief	33
qc boric acid	55	REGULOID	77	sb cough control dm max	94
qc calamine	131	RELENZA DISKHALER	40	sb docusate sodium	77
qc chlor-pheniramine	88	RELI-ON INSULIN SYRINGE	61	sb docusate sodium/senna	77
qc cod liver oil	122	RELISTOR	74	sb fib lax orange	77
qc diarrhea relief	73	REMICADE	23	sb infants ibuprofen	29
qc docusate calcium	77	rena-vite	122	sb laxative	77
qc epsom salt	77	RENFLEXIS	23	sb lice killing max st	130
qc gentle laxative	77	repaglinide	59	sb lice treatment	130
qc loratadine allergy relief	88	RESTASIS	85	sb loratadine allergy relief	88
qc loratadine-d	94	RESTASIS MULTIDOSE	85	sb non-aspirin extra strength	33
qc miconazole 7	78	RETEVMO	18	sb oyster shell calcium	115
qc natural vegetable	77	REVLIMID	22	sb pain reliever childrens	33
qc natural vegetable laxative	77	REXULTI	104	sb pain reliever ex st	33
qc non-aspirin childrens	32	REYATAZ	34	sb triple antibiotic	128
qc non-aspirin extra strength	32	REZUROCK	25	sb vitamin c	122
qc pink bismuth	73	RHOPRESSA	83	scopolamine	74
qc senna	77	RIABNI	18	SECUADO	104
qc senna-s	77	ribavirin	40	selegiline hcl	96
qc suphedrine maximum strength	94	RID LICE KILLING SHAMPOO	130	selenium sulfide	128
qc therin-m	122	rifabutin	35	SELZENTRY	35
qc tolnaftate	126	rifampin	35	senna	77
qc tussin cf	94	riluzole	105	senna-s	77
q-derm	55	rimantadine hcl	40	senna-tabs	77
QINLOCK	18	RINVOQ	23	senna-time	77
Q-SORB	110	risacal-d	115	senna-time s	77
Q-SORB CO Q-10	110	risedronate sodium	70	SENNO	77
QSYMIA	108	RISPERDAL CONSTA	104	sennosides-docusate sodium	77
QUADRACEL	27	risperidone	104	sentry	122
quetiapine fumarate	104	ritonavir	34	sentry senior	122
quetiapine fumarate er	104	RITUXAN	18	SEREVENT DISKUS	86
quinapril hcl	50	RITUXAN HYCELA	18	sertraline hcl	101
quinapril-hydrochlorothiazide	48	rivastigmine	100	SETLAKIN	65
quinidine sulfate	45	rivastigmine tartrate	100	sevelamer carbonate	56
quinine sulfate	39	RIVELSA	65	SHAROBEL	65
ra boric acid	55	rizatriptan benzoate	105, 106	shea butter	55
ra calamine	131	ropinirole hcl	96	SHINGRIX	27
ra coenzyme q-10	110	ROSADAN	131	SIGNIFOR	68
ra cough dm	94	rosuvastatin calcium	46	silace	78
ra epsom salt	77	ROTARIX	27	siladryl allergy	88
ra epsom salt lavender	77	ROTATEQ	27	sildenafil citrate	50
ra eye allergy relief	83	ROWEPRAL	99	siltussin das	94
ra glycerin child	77	ROZLYTREK	18	siltussin dm das	94
ra lice maximum strength	130	RUBRACA	18	siltussin sa	94
RABAVERT	27	rufinamide	99	siltussin-dm alcohol free	94
rabeprazole sodium	75	RUKOBIA	34	silver sulfadiazine	128
raloxifene hcl	68	RUXIENCE	18	SIMBRINZA	83
ramipril	50	RYBELSUS	59	SIMLIYA	65
ranolazine er	50	RYDAPT	18	SIMPESSE	65
rasagiline mesylate	96	rynex pse	94	simple syrup	55
raspberry flavor	55	saccharin	111	simvastatin	46
RAYALDEE	57	safflower oil	55	sirolimus	25

SIRTURO	35	sm magnesium	115	sorbic acid	55
SIVEXTRO	38	sm miconazole 3	78	sorbitol	55
SKYRIZI	23	sm miconazole 3 applicator	78	SORINE	45
SKYRIZI (150 MG DOSE)	23	sm miconazole 7	78	sotalol hcl	45
SKYRIZI PEN	23	sm multiple vitamins essential	123	sotalol hcl (af)	45
sm 3-day vaginal	78	sm multiple vitamins/iron	123	soybean oil	55
sm 8 hour pain relief	33	sm nasal decongestant max st	94	spironolactone	44
sm all day allergy	88	sm nasal decongestant pe	94	spironolactone-hctz	49
sm all day allergy childrens	88	sm nicotine	108	SPRINTEC 28	65
sm all day allergy-d	94	sm nicotine polacrilex	108	SPRITAM	99
sm allergy 4 hour	88	sm opti-vitamins	123	SPRYCEL	18
sm allergy relief	88	sm oyster shell calcium/vit d3	116	SPS	57
sm animal shapes kids first	122	sm pain & fever childrens	33	SRONYX	65
sm antacid advanced max st	72	sm pain & fever infants	33	SSD	128
sm antacid anti-gas	72	sm pain relief extra strength	33	stavudine	35
sm antacid/antigas	72	sm pain reliever	33	STELARA	23, 24
sm antibiotic	128	sm pain reliever ex st	33	sterile water for irrigation	127
sm anti-diarrheal	73	sm pediatric electrolyte	112	stevia extract	55
sm antifungal clotrimazole	126	sm prenatal vitamins	123	STIMATE	68
sm antifungal miconazole	126	sm slow release iron	82	STIVARGA	18
sm antifungal tolnaftate	126	sm stomach relief	73	stomach relief	73
sm arthritis pain relief	33	sm stool softener	78	stool softener	78
sm aspirin	33	sm super b complex/c	123	stool softener laxative	78
sm aspirin ec	33	sm triple antibiotic	128	strawberry flavor	55
sm aspirin tri-buffered	33	sm triple antibiotic max st	128	streptomycin sulfate	38
sm athletes foot	126	sm tussin cf	94	stress formula	123
sm balanced b-100	122	sm tussin cough/chest congest	94	stress formula/iron	123
sm balanced b-50	122	sm tussin dm	94	stress formula/zinc (b-compl)	123
sm boric acid	55	sm vit c/rose hips	123	STRIBILD	36
sm calamine	131	sm vitamin b-12	123	STUART ONE	123
sm calamine phenolated	131	sm vitamin b-6	123	SUBVENITE	99
sm calcium 600/vitamin d	115	sm vitamin c	123	sucralfate	74
sm calcium citrate w/vit d3	115	sm vitamin c/rose hips	123	SUDOGEST	94, 95
sm calcium soft chews	115	sm vitamin d3	123	SUDOGEST PE	94
sm calcium-magnesium-zinc	115	sm vitamin e	123	sulfacetamide sodium	84
sm chewable c	122	sm zinc gluconate	116	sulfacetamide sodium (acne)	127
sm childrens ibuprofen	29	sodium acetate	116	sulfadiazine	38
sm childrens loratadine	88	sodium benzoate	55	sulfamethoxazole-trimethoprim	38
sm clotrimazole vaginal	78	sodium bicarbonate	55, 72	SULFAMYLYON	128
sm cod liver oil	122	sodium bromide	55	sulfasalazine	75
sm coenzyme q-10	111	sodium chloride	111, 112, 127	sulindac	29
sm cold & allergy childrens	94	sodium fluoride	112	sumatriptan	106
sm complete	123	sodium hydroxide	55	sumatriptan succinate	106
sm complete advanced formula	123	sodium metabisulfite	55	sumatriptan succinate refill	106
sm complete senior formula	123	sodium perborate	55	sunitinib malate	18
sm coq-10	111	sodium phenylbutyrate	68	SUPER NU-THERA	123
SM CORAL CALCIUM	115	sodium phosphate dibasic	55	super vikaps	123
sm fexofenadine hcl	88	sodium phosphate monobasic	55	superplex-t	123
sm fiber	78	sodium polystyrene sulfonate	57	suphedrine 12hour	95
sm folic acid	123	sodium propionate	55	SUPPOBLEND	55
sm ibuprofen ib	29	sodium saccharin	111	SUPREP BOWEL PREP KIT	78
sm ibuprofen jr	29	sodium sulfite	55	SUSPENDIT	55
sm infants ibuprofen	29	solifenacin succinate	79	SOLIQUA	61
sm iron	82	SOLTAMOX	20	SUTENT	18
sm iron slow release	82	SOLU-CORTEF	70	SYEDA	65
sm laxative	78	SOMATULINE DEPOT	68	SYMBICORT	89
sm lice killing	130	SOMAVERT	68	SYMDEKO	90
sm lice killing max strength	130	SOOTHE & COOL INZO	126	SYMJEPI	90
sm loratadine	88	ANTIFUNGAL	126	SYMPAZAN	99
sm lorata-dine d	94			SYMTUZA	36

SYNAREL	68	THERA M PLUS	123	trifluridine	85
SYNERCID	39	thera-m	123	trihexyphenidyl hcl	96
SYNJARDY	59	THEREMS	123	TRIJARDY XR	59
SYNJARDY XR	59	THEREMS-H	124	TRIKAFTA	90
SYNIBO	22	THEREMS-M	124	TRI-LEGEST FE	65
SYNTROID	57	thiamine hcl	124	TRI-LINYAH	65
SYRSPEND SF ALKA	55	thioridazine hcl	104	TRI-LO-ESTARYLLA	65
TAB-A-VITE	123	thiothixene	104	TRI-LO-MARZIA	65
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	123	threonine	111	TRI-LO-MILI	65
tab-a-vite/iron	123	THRIVE	108	TRI-LO-SPRINTEC	65
TABLOID	21	TIADYLTER	47	trimethoprim	39
TABRECTA	18	tiagabine hcl	99	TRI-MILI	66
tacrolimus	25, 131	TIBSOVO	19	trimipramine maleate	101
tactinal	33	tigecycline	44	TRINTELLIX	101, 102
tactinal extra strength	33	TILIA FE	65	TRI-NYMYO	66
TAFINLAR	18	timolol maleate	46, 83	triple antibiotic	128
TAGRISSO	18	timolol maleate (once-daily)	83	triple antibiotic plus	128
talc	55	TIVICAY	35	TRI-PREVIFEM	66
TALTZ	24	TIVICAY PD	35	TRI-SPRINTEC	66
TALZENNA	18	tizanidine hcl	96	TRIUMEQ	36
tamoxifen citrate	20	TOBRADEX	84	TRIVORA (28)	66
tamsulosin hcl	79	TOBRADEX ST	84	TRI-VYLIBRA	66
tangerine flavor	55	tobramycin	39, 84	TRI-VYLIBRA LO	66
tannic acid	132	tobramycin sulfate	39	TROCHIBASE	55
TARGRETIN	132	tobramycin-dexamethasone	84	trochibase s	56
TARINA 24 FE	65	tolnaftate	127	TROCHIBASE S CLASSIC	55
TARINA FE 1/20 EQ	65	tolterodine tartrate	79	TROGARZO	35
tartaric acid	55	tolterodine tartrate er	79	TROPHAMINE	116
TASIGNA	19	topiramate	99	trospium chloride	79
tazarotene	128	TOPOSAR	22	TRULANCE	74
TAZICEF	41	toremifene citrate	20	TRULICITY	59
TAZORAC	128	torsemide	49	TRUMENBA	27
TAZTIA XT	47	total b/c	124	TRUSELTIQ (100MG DAILY	
TAZVERIK	19	TOVIAZ	79	DOSE)	19
TDVAX	27	TPN ELECTROLYTES	112	TRUSELTIQ (125MG DAILY	
TECENTRIQ	19	TRADJENTA	59	DOSE)	19
TEFLARO	41	tramadol hcl	30	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	19
telmisartan	44	tramadol-acetaminophen	30	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	19
telmisartan-amlodipine	48	trandolapril	50	TRUXIMA	19
telmisartan-hctz	48	tranexamic acid	80	trymine cg	95
temazepam	106	tranylcypromine sulfate	101	TUKYSA	19
TEMIXYS	36	TRAVASOL	116	TULANA	66
TENIVAC	27	TRAZIMERA	19	TURALIO	19
tenofovir disoproxil fumarate	35	trazodone hcl	101	turpentine	56
TEPMETKO	19	TRECATOR	35	TUSNEL C	95
terazosin hcl	46	TRELEGY ELLIPTA	89	tusnel diabetic	95
terbinafine hcl	37, 126	TRELSTAR MIXJECT	20	TUSSICAPS	95
terbutaline sulfate	86	treprostинil	50	tussin cf	95
terconazole	78	TRESIBA	61	tussin cf cough & cold	95
testosterone	58	TRESIBA FLEXTOUCH	61	tussin dm	95
testosterone cypionate	57	tretinoin	22, 127	tussin dm max	95
testosterone enanthate	57	triamcinolone acetonide	125, 130	tussin mucus+chest congestion	95
tetrabenazine	105	triamterene-hctz	49	tutti frutti concentrate	56
tetracycline hcl	44	tri-biozene	128	TWINRIX	27
tgt eye allergy relief	83	tri-buffered aspirin	33	TYBOST	35
THALOMID	22	TRICARE	112	TYDEMY	66
THEO-24	90	TRIDERM	130	TYMLOS	70
theophylline	90	trientine hcl	57	TYPHIM VI	27
theophylline er	90	TRI-ESTARYLLA	65	U-BASE	56
THERA	123	trifluoperazine hcl	104	UBRELVY	106

UKONIQ	19	vita-bee/c	124	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	20
unibase	56	vitamin a	124	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	20
unicomplex-m	124	vitamin b-1	124	XTANDI	21
UNITHROID	57	vitamin b-12	124	XULANE	66
URO-MAG	72	vitamin b-12 er	124	XULTOPHY	61
ursodiol	74	vitamin b-6	124	xylitol	56
valacyclovir hcl	40	vitamin c	124	XYREM	107
VALCHLOR	132	vitamin c er	124	YF-VAX	27
valganciclovir hcl	40	vitamin d	124	yl coenzyme q10	111
valproate sodium	99	vitamin d (cholecalciferol)	124	YUVAFEM	69
valproic acid	99	vitamin d (ergocalciferol)	124	ZAFEMY	66
valsartan	44	vitamin d3	124, 125	zafirlukast	91
valsartan-hydrochlorothiazide	48	vitamin e	125	zaleplon	106
VALTOCO 10 MG DOSE	99	vitamin e succinate	56	ZARAH	66
VALTOCO 15 MG DOSE	99	vitamin k1	56, 125	ZARXIO	81
VALTOCO 20 MG DOSE	99	vitamins/minerals	125	ZEJULA	20
VALTOCO 5 MG DOSE	99	VITRAKVI	19	ZELBORAF	20
VANADOM	96	VIVITROL	109	ZEMAIRA	90
vancomycin hcl	39	VIZIMPRO	19	ZENATANE	127
vancomycin hcl in nacl	39	v-max	56	ZENPEP	75
VANDAZOLE	79	voriconazole	37	ZERVIADE	83
VANIBASE	56	VOSEVI	40	zidovudine	35
VAQTA	27	VOTRIENT	19	zinc	116
varenicline tartrate	108	VRAYLAR	104, 105	zinc chloride	116
VARIVAX	27	VYFEMLA	66	zinc gluconate	116
VASCEPA	45	VYLIBRA	66	zinc sulfate	116
veegum	56	VYZULTA	83	ziprasidone hcl	105
VELCADE	19	warfarin sodium	80	ziprasidone mesylate	105
VELIVET	66	wee care	82	ZIRABEV	20
VELTASSA	57	WELIREG	22	ZIRGAN	85
VEMLIDY	40	WERA	66	zoledronic acid	70
VENCLEXTA	19	white petrolatum	56	ZOLINZA	20
VENCLEXTA STARTING PACK	19	WITEPSOL	56	zolmitriptan	106
venlafaxine hcl	102	womans laxative	78	zolpidem tartrate	106
venlafaxine hcl er	102	womens one daily	125	zonisamide	99
VENOFER	82	WYMZYA FE	66	zoo friends	125
VENTAVIS	50	XALKORI	19	zoo friends complete	125
VENTOLIN HFA	86	xanthan gum	56	zoo friends gummies	125
verapamil hcl	47	XARELTO	80	zoo friends plus extra c	125
verapamil hcl er	47	XARELTO STARTER PACK	80	ZORTRESS	25
VERSACLOZ	104	XATMEP	26	ZOSTAVAX	27
versatile cream base	56	XCOPRI	99	ZOSTRIX HP	132
VERSIGEL	56	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	99	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
VERZENIO	19	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	99		132
VESTURA	66	XELJANZ	24	ZOVIA 1/35E (28)	66
V-GO 20	61	XELJANZ XR	24	ZUMANDIMINE	66
V-GO 30	61	XGEVA	70	ZYDELIG	20
V-GO 40	61	XIFAXAN	74	ZYKADIA	20
VICTOZA	59	XIGDUO XR	59	ZYLET	84
VIENVA	66	XIIDRA	85	ZYPREXA RELPREVV	105
vigabatrin	99	XOFLUZA (40 MG DOSE)	40	ZYTIGA	21
VIGADRONE	99	XOFLUZA (80 MG DOSE)	40		
VIIBRYD	102	XOLAIR	90		
VIIBRYD STARTER PACK	102	XOSPATA	19		
VIMPAT	99	XPOVIO (100 MG ONCE			
vincristine sulfate	22	WEEKLY)	19		
vinorelbine tartrate	22	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	19		
viorele	66	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	19		
VIRACEPT	35	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	20		
VIREAD	35	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	20		