



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

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 17/5/2022.

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

Introdução

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

Índice

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

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



B11. Como é que posso pedir uma exceção?	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	11
B13. O que são medicamentos genéricos?	11
B14. O que são medicamentos sem receita médica (de venda livre - OTC)?.....	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?	12
B16. Qual é o meu copagamento?	12
B17. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	12
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	127



A. Isenção de Responsabilidade

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

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

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



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

B. Perguntas Frequentes (FAQ)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

Quando estas alterações acontecerem, iremos:

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

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

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

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



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

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

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

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas **15-126**. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicamos documentos online que explicam a nossa autorização prévia e terapia por etapas. Também pode solicitar-nos o envio de uma cópia.

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

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

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

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

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

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



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

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

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

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a seção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página **127**.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

B11. Como é que posso pedir uma exceção?

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

B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

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

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

B13. O que são medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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



B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

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

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

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

B16. Qual é o meu copagamento?

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

B17. O que são níveis de medicamentos?

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

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

Todos os níveis não têm copagamento.

C. Visão geral da *Lista de Medicamentos Cobertos*

A *Lista de Medicamentos Cobertos* fornece informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver problemas para encontrar o seu medicamento na lista, vá até ao Índice de Medicamentos Cobertos, que começa na página **127**. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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



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

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

C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

DATA EFETIVA: 6/1/2022

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

LENDAS

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (21 per 28 days); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (42 per 28 days); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (63 per 28 days); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 28 days); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RIABNI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN HYCELA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1400-23400 MG -UT/11.7ML, 1600-26800 MG - UT/13.4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RITUXAN INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
RUXIENCE INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SCSEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (300 per 30 days); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
UKONIQ ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VELCADE INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (112 per 28 days); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (42 per 28 days); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

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

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

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Agentes De Proteção		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antibióticos		
ADRIAMYCIN INTRAVENOUS SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>epirubicin hcl intravenous solution 200 mg/100ml, 50 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
Antimetabólitos		
ALIMTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0, Nível 2	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (70 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (91 per 28 days); NDS
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (49 per 28 days); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nível 2	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Imunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 21 days); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (21 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
Inibidores Mitóticos		
ABRAXANE INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML, 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 28 days); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (4 per 28 days); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; QL (6 per 28 days); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (112 per 365 days); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SKYRIZI (150 MG DOSE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 75 MG/0.83ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (7 per 365 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (1 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (0.5 per 28 days); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (3 per 28 days); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 24 days); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION 10000000 UNIT/ML, 6000000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 50000000 UNIT	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Imunossupressores		
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 28 days); NDS
<i>cyclosporine intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0, Nível 2	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
ZORTRESS ORAL TABLET 1 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>methotrexate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
Vacinas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0, Nível 2	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0, Nível 2	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lfu/0.5ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
ENERGIX-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	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0, Nível 2	

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0, Nível 2	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0, Nível 2	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nível 2	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0, Nível 2	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0, Nível 2	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0, Nível 2	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0, Nível 2	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 999 days)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0, Nível 2	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU	\$0, Nível 2	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 2.4 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0, Nível 2	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0, Nível 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0, Nível 2	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0, Nível 2	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE	\$0, Nível 2	
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>celecoxib oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 1	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ibuprofen infants drops oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
Analgésico De Opióides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (400 per 30 days)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2700 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (600 per 30 days)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (4 per 28 days)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (10 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (450 per 30 days)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 3	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nível 2	NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0, Nível 2	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
INVIRASE ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nível 2	
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0, Nível 2	
<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>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0, Nível 2	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0, Nível 2	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (400 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 600 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0, Nível 2	QL (480 per 30 days)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SELZENTRY ORAL TABLET 150 MG, 300 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0, Nível 2	
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0, Nível 2	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0, Nível 2	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 2	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>abacavir-lamivudine-zidovudine oral tablet 300-150-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0, Nível 2	NDS

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0, Nível 2	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 200-50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0, Nível 2	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0, Nível 2	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0, Nível 2	NDS
SYM TUZA 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
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0, Nível 2	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
AMBISOME INTRAVENOUS SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	QL (1800 per 30 days); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (6 per 30 days); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 2	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0, Nível 2	NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (80 per 180 days)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (160 per 180 days)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0, Nível 2	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (168 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (84 per 365 days)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 365 days)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (28 per 28 days); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/BLISTER	\$0, Nível 2	QL (120 per 365 days)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 180 days)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 180 days)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0, Nível 2	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0, Nível 1	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0, Nível 1	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0, Nível 2	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0, Nível 1	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2400000 UNIT/4ML	\$0, Nível 2	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 600000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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	
Tetraciclínas		
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	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0, Nível 2	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tigecycline solution reconstituted 50 mg intravenous 50 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0, Nível 2	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0, Nível 2	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0, Nível 1	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0, Nível 1	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0, Nível 2	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$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	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0, Nível 1	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Combinações 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)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>amlodipine-valsartan-hctz oral tablet 10-160-12.5 mg, 10-160-25 mg, 10-320-25 mg, 5-160-12.5 mg, 5-160-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0, Nível 2	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg, 300-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$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	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0, Nível 2	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	
DIGITEK ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
DIGOX ORAL TABLET 125 MCG, 250 MCG	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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>metirosine oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>bosentan oral tablet 62.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (120 per 30 days); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0, Nível 2	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0, Nível 1	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0, Nível 3	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0, Nível 3	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0, Nível 2	QL (540 per 30 days); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (540 per 30 days)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days); NDS
Agentes Da Tireoide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0, Nível 1	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 2	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0, Nível 1	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0, Nível 2	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 2	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0, Nível 2	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0, Nível 1	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0, Nível 1	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0, Nível 2	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0, Nível 1	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0, Nível 2	NDS
Andrógenos		
ANDRODERM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 2 MG/24HR, 4 MG/24HR	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (300 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0, Nível 2	QL (3.4 per 28 days)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 30 days)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0, Nível 2	QL (1.2 per 30 days)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML	\$0, Nível 2	QL (1.5 per 28 days)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 4 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (3 per 28 days)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (3 per 28 days)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5- 1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 18 MG/3ML	\$0, Nível 2	QL (9 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0, Nível 2	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0, Nível 2	

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
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0, Nível 2	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
FIASP SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0, Nível 2	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0, Nível 2	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0, Nível 2	NDS
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN- INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 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	
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 365 days)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 30 days)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0, Nível 2	PA; QL (3 per 30 days)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0, Nível 2	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0, Nível 2	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN- INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0, Nível 2	
V-GO 20 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 30 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
V-GO 40 KIT	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0, Nível 2	QL (15 per 30 days)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
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	
CAZIENT ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nível 1	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0, Nível 1	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nível 2	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0, Nível 1	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
HAILEY 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
HAILEY 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nível 1	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0, Nível 1	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LARISSIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0, Nível 1	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0, Nível 1	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
ORSYTHIA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
PIRMELLA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
PREVIFEM ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0, Nível 1	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0, Nível 1	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0, Nível 1	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0, Nível 1	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0, Nível 1	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0, Nível 1	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0, Nível 1	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG- MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG- 25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG- 35 MCG	\$0, Nível 1	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0, Nível 1	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0, Nível 1	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0, Nível 1	

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0, Nível 1	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0, Nível 1	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0, Nível 1	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0, Nível 1	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0, Nível 1	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0, Nível 1	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0, Nível 1	
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0, Nível 2	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
CARBAGLU ORAL TABLET SOLUBLE 200 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (120 per 30 days)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0, Nível 2	B/D; QL (120 per 30 days); NDS
CYSTADANE ORAL POWDER	\$0, Nível 2	LA; NDS
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 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

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0, Nível 3	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0, Nível 3	DP
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0, Nível 2	NDS
Estrogénios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0, Nível 2	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1- 0.5 mg</i>	\$0, Nível 2	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG- MCG	\$0, Nível 2	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0, Nível 2	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0, Nível 2	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0, Nível 2	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0, Nível 2	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0, Nível 1	
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nível 2	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0, Nível 1	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0, Nível 1	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$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)

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0, Nível 1	
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid fast relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid plus anti-gas fast act oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 400 mg, 420 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MI-ACID ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0, Nível 3	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 262 mg/15ml, 525 mg/30ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peptic relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0, Nível 1	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D; QL (60 per 30 days)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 24 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (10 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>mi-acid gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0, Nível 1	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
MOVANTIK ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm gas relief antiflatuent oral capsule 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (90 per 30 days); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0, Nível 2	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0, Nível 2	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0, Nível 2	
Inibidores Da Bomba De Protões		
DEXILANT ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 30 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>dexlansoprazole oral capsule delayed release 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>docu oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>docusate sodium oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0, Nível 3	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 1	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nível 1	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>glycerin (pediatric) rectal suppository 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp enema rectal enema</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0, Nível 2	
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0, Nível 3	DP
NULYTELY LEMON-LIME ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0, Nível 2	
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0, Nível 3	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 1 GM	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0, Nível 2	
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc natural vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SENNO ORAL TABLET 8.6 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>silace oral liquid 150 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silace oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0, Nível 2	
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>womens laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infecções Vaginais		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 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	
VANZOLE VAGINAL GEL 0.75 %	\$0, Nível 1	
Antispasmodicos		
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)

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (30 per 30 days)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	ST; QL (60 per 30 days)
TOVIAZ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 4 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0, Nível 1	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0, Nível 1	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (74 per 30 days)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0, Nível 1	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (620 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0, Nível 2	QL (51 per 30 days)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (24 per 30 days); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (20 per 30 days); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0, Nível 2	PA; QL (27 per 30 days); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0, Nível 1	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
Ferro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0, Nível 3	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0, Nível 3	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0, Nível 3	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FERIVAFA ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FEROSUL ORAL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ferraplus 90 oral tablet 90-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 324 (106 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0, Nível 3	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0, Nível 3	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0, Nível 3	DP
HEMOCYTE-F ORAL TABLET 324-1 MG	\$0, Nível 3	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nível 3	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0, Nível 3	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 47.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tl-hem 150 oral tablet 150-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0, Nível 1	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>bepotastine besilate ophthalmic solution 1.5 %</i>	\$0, Nível 1	
BEPREVE OPHTHALMIC SOLUTION 1.5 %	\$0, Nível 2	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	
LASTACFT OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nível 2	
NAPHCN-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0, Nível 2	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0, Nível 2	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0, Nível 2	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0, Nível 2	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0, Nível 2	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0, Nível 1	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0, Nível 2	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>timolol maleate (once-daily) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0, Nível 1	
BLEPHAMIDE S.O.P. OPHTHALMIC OINTMENT 10-0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0, Nível 1	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0, Nível 2	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0, Nível 2	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0, Nível 2	
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0, Nível 2	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 2	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0, Nível 1	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0, Nível 1	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0, Nível 2	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0, Nível 2	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0, Nível 2	
<i>bromfenac sodium (once-daily) ophthalmic solution 0.09 %</i>	\$0, Nível 1	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0, Nível 2	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0, Nível 2	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0, Nível 2	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0, Nível 2	
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0, Nível 2	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %, 0.1-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
GONAK OPHTHALMIC SOLUTION 2.5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0, Nível 2	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0, Nível 3	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0, Nível 3	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0, Nível 3	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0, Nível 2	
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nível 3	DP
THERATEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0, Nível 3	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0, Nível 3	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0, Nível 2	
ÓTICO		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0, Nível 1	
<i>fluocinolone acetone otic oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0, Nível 1	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (17 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020503)</i>	\$0, Nível 1	QL (13.4 per 30 days)
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0, Nível 1	QL (36 per 30 days)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (36 per 30 days)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (48 per 30 days)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (25.8 per 30 days)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0, Nível 1	
Anti-Histamínicos		
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>aller-ease oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy-time oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %</i>	\$0, Nível 1	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl childrens oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl hives relief oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>diphenhist oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy antihistamine oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levocetirizine dihydrochloride oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.7 per 30 days)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (23.6 per 28 days)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (8 per 30 days)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
Combinações Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (10.2 per 30 days)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0, Nível 3	DP
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0, Nível 2	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0, Nível 1	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 267 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (270 per 30 days); NDS
ESBRIET ORAL TABLET 801 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (56 per 28 days); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (112 per 28 days); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0, Nível 2	PA; NDS
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (56 per 28 days); NDS
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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0, Nível 1	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (84 per 28 days); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; NDS
Esteróides Inalantes		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BLIST, 250 MCG/BLIST	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BLIST	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (24 per 30 days)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 44 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (21.2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (2 per 30 days)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0, Nível 2	QL (3 per 30 days)
Esteróides Nasais		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (16 per 30 days)
Moduladores De Leukotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
Tosse E Constipação		
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0, Nível 3	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>chest congestion relief oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens silfedrine oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>diabetic siltussin-dm max st oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN MAX ST ORAL LIQUID 10-200 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
DIABETIC TUSSIN ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nose drops extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaiaatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>guaifenesin oral solution 100 mg/5ml, 200 mg/10ml, 300 mg/15ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy complete-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>m-clear wc oral solution 100-6.3 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0, Nível 3	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silphen dm cough oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin das oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin dm das oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin sa oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
TESSALON PERLES ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0, Nível 3	DP
TUSSICAPS ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 10-8 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm max oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral syrup 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin a/c oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin ac w/alac oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>virtussin dac oral solution 30-10-100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Agentes Antiparkinsonianos

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (150 per 30 days); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0, Nível 2	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>rasagiline mesylate oral tablet 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
Agentes De Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0, Nível 1	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0, Nível 2	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (480 per 30 days)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (300 per 30 days)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0, Nível 1	PA; QL (240 per 30 days)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1200 per 30 days)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0, Nível 2	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0, Nível 2	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0, Nível 2	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (600 per 30 days); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0, Nível 1	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (360 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (720 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
FYCOMPA ORAL TABLET 4 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
<i>gabapentin oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (1080 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 300 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (360 per 30 days)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (2160 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (180 per 30 days)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0, Nível 1	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0, Nível 2	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0, Nível 2	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 1	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (2300 per 28 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (480 per 30 days); NDS
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (240 per 30 days); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0, Nível 2	QL (360 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0, Nível 1	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
SYMPAZAN ORAL FILM 5 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (180 per 30 days); NDS
VIMPAT INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0, Nível 2	NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	QL (1200 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
VIMPAT ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0, Nível 2	QL (56 per 28 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 50 MG	\$0, Nível 2	QL (90 per 30 days); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0, Nível 2	QL (28 per 28 days); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
Antidemência		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0, Nível 2	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0, Nível 2	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
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	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (900 per 30 days)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 2	
PAXIL ORAL SUSPENSION 10 MG/5ML	\$0, Nível 2	PA; QL (900 per 30 days)
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (240 per 30 days)
<i>trimipramine maleate oral capsule 50 mg</i>	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
TRINTELLIX ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 2	QL (120 per 30 days)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0, Nível 1	
VIIBRYD ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0, Nível 2	
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 28 days); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (900 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0, Nível 2	QL (3.9 per 56 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML	\$0, Nível 2	QL (1.6 per 28 days); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 662 MG/2.4ML	\$0, Nível 2	QL (2.4 per 28 days); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 882 MG/3.2ML	\$0, Nível 2	QL (3.2 per 28 days); NDS
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 42 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0, Nível 1	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0, Nível 2	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0, Nível 1	QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0, Nível 1	QL (135 per 30 days)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0, Nível 1	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (270 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0, Nível 1	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$0, Nível 2	PA; QL (135 per 30 days); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0, Nível 2	PA
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	\$0, Nível 1	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0, Nível 1	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0, Nível 1	
haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml	\$0, Nível 1	
haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml	\$0, Nível 1	
haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg	\$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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 78 MG/0.5ML	\$0, Nível 2	QL (0.5 per 28 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML	\$0, Nível 2	QL (0.88 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 410 MG/1.32ML	\$0, Nível 2	QL (1.32 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 546 MG/1.75ML	\$0, Nível 2	QL (1.75 per 90 days); NDS
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 819 MG/2.63ML	\$0, Nível 2	QL (2.63 per 90 days); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (3 per 1 day)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0, Nível 2	QL (1 per 30 days); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days)
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	QL (2 per 28 days); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	QL (240 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (600 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0, Nível 2	QL (60 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0, Nível 2	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 3 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (2 per 28 days); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 28 days); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (28 per 28 days); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0, Nível 2	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pregabalin er oral tablet extended release 24 hour 165 mg, 330 mg, 82.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (90 per 30 days); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; QL (1 per 30 days)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (8 per 30 days); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (40 per 28 days)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (18 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (9 per 30 days)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0, Nível 1	QL (6 per 30 days)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0, Nível 2	PA; QL (16 per 30 days); NDS
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (12 per 30 days)
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (30 per 30 days); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (6.4 per 365 days); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (540 per 30 days); NDS
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0, Nível 1	
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0, Nível 3	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0, Nível 1	
CHANTIX STARTING MONTH PAK ORAL TABLET 0.5 MG X 11 & 1 MG X 42	\$0, Nível 2	PA
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 1	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0, Nível 2	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 2	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 4 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (56 per 28 days)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0, Nível 2	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Déficit De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (900 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (1800 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (180 per 30 days)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (90 per 30 days)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<i>co q10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>coq-10 oral capsule extended release 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG	\$0, Nível 3	DP
Q-SORB ORAL CAPSULE 30 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0, Nível 2	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 2.5-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$0, Nível 1	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/lI-%-%, 20-5-0.2 meq/lI-%-%, 20-5-0.45 meq/lI-%-%, 20-5-0.9 meq/lI-%-%, 30-5-0.45 meq/lI-%-%, 40-5-0.45 meq/lI-%-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/lI-%-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0, Nível 1	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0, Nível 2	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0, Nível 2	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride in dextrose intravenous solution 20-5 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 40-0.9 meq/l-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml, 20 meq/50ml</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0, Nível 1	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0, Nível 2	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Orais		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0, Nível 1	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0, Nível 1	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0, Nível 1	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0, Nível 2	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0, Nível 1	
TRICARE ORAL TABLET	\$0, Nível 2	
Eletrólitos		
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0, Nível 3	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0, Nível 3	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0, Nível 3	DP
Minerais		
CALCI-CHEW ORAL TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-250 MG-UNIT, 950 (200 CA) MG	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium 600-d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 250-125 mg-unit, 600-200 mg-unit, 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-100 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-folic acid plus d oral wafer 1342-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>calcium-vitamin d3 oral tablet 250-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citrus calcium +d oral tablet 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-600 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magdelay oral tablet delayed release 70 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0, Nível 3	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium 27 oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium chloride oral tablet delayed release 64 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0, Nível 3	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-600 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500 ORAL TABLET 500 MG	\$0, Nível 3	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-200 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-125 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-200 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium citrate w/vit d3 oral tablet 315-250 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-400 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0, Nível 3	DP
Nutrição Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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>clanimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
<i>clanimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0, Nível 2	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0, Nível 1	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
HEPATAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 8 %	\$0, Nível 2	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0, Nível 2	B/D
MULTITRACE-4 NEONATAL INTRAVENOUS SOLUTION 100-25-1500 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-4 PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1-100-25-1000 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>multitrace-5 concentrate intravenous solution 10-1000-500-60 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
MULTITRACE-5 INTRAVENOUS SOLUTION 4-400-100-20 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0, Nível 1	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0, Nível 2	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0, Nível 3	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0, Nível 2	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
Vitaminas		
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE WITH C & FA	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nível 3	DP
ANIMI-3/VITAMIN D ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nível 3	DP
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0, Nível 3	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>biotin oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c 250 oral tablet 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000 oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
CARDIOTEK RX ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>centamin oral liquid</i>	\$0, Nível 3	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d 5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d3 high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>daily-vite/iron/beta-carotene oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 250 MCG (10000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DERMACINRX PUREFOLIX ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0, Nível 3	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0, Nível 3	DP
<i>e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0, Nível 3	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>eqf b complex 50 oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>fabb oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0, Nível 3	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0, Nível 3	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp childrens complete oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp healthy eyes supervision oral capsule</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp one daily plus iron oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm niacin oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b100 complex oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b-12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin b50 complex oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin c tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0, Nível 3	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0, Nível 3	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0, Nível 3	DP
M.V.I. PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED	\$0, Nível 3	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0, Nível 3	DP
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multivitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
MVC-FLUORIDE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0, Nível 3	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0, Nível 3	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0, Nível 3	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>once daily/iron oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>one daily oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>polyvitamin/iron oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-100 oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra balanced b-50 oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm balanced b-50 oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm chewable c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 500 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0, Nível 3	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>superplex-t oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
THERA ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>thrivite 19 oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>total b/c oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tri-vitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0, Nível 3	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0, Nível 3	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>vita-bee/c oral tablet</i>	\$0, Nível 3	DP
VITAFOL ORAL TABLET	\$0, Nível 3	DP

LENDAS

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>zoo friends oral tablet chewable</i>	\$0, Nível 3	DP
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
CEPACOL SORE THROAT & COUGH MOUTH/THROAT LOZENGES 5-7.5 MG	\$0, Nível 3	DP
<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0, Nível 1	QL (150 per 30 days)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0, Nível 1	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0, Nível 3	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0, Nível 1	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0, Nível 3	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
Antifúngicos		
ALOE VESTA CLEAR ANTIFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal external cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-fungal external powder 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>athletes foot spray external aerosol 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0, Nível 3	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx) 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx) 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
MICRO GUARD EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nível 3	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
REMEDY ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0, Nível 3	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0, Nível 3	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0, Nível 3	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0, Nível 3	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0, Nível 1	QL (46.6 per 30 days)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (75 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118 per 30 days)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (45 per 30 days)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0, Nível 1	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0, Nível 2	PA; QL (30 per 30 days); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0, Nível 2	QL (180 per 30 days)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (3 per 1 day)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (50 per 30 days)
<i>lidocaine hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (30 per 30 days)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (30 per 30 days)
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (220 per 30 days)
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>sm antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0, Nível 2	QL (453.6 per 30 days)
<i>triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0, Nível 3	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0, Nível 1	PA
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0, Nível 1	PA; QL (120 per 30 days)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	PA; QL (60 per 30 days)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days)
Dermatologia, Antisseborréicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0, Nível 2	PA; QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (90 per 30 days)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0, Nível 1	QL (118.28 per 30 days)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (120 per 30 days)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (60 per 30 days)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0, Nível 1	QL (50 per 30 days)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0, Nível 3	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (40 per 30 days)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (10 per 30 days)
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp capsaicin external liquid 0.15 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %</i>	\$0, Nível 1	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (24 per 30 days)
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0, Nível 1	QL (59 per 30 days)
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0, Nível 3	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0, Nível 3	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0, Nível 1	QL (7 per 28 days)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0, Nível 1	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0, Nível 1	
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0, Nível 2	QL (30 per 30 days)
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0, Nível 1	QL (45 per 30 days)
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0, Nível 1	QL (100 per 30 days)
TARGRETIN EXTERNAL GEL 1 %	\$0, Nível 2	PA; QL (60 per 30 days); NDS
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0, Nível 2	PA; LA; QL (60 per 30 days); NDS
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0, Nível 3	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	CUSTO E NÍVEL	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0, Nível 3	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0, Nível 3	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm earwax removal aid otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>hm earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0, Nível 3	DP

LEND A

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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	87	all day allergy.....	83	amphotericin b liposome.....	36
12 hour nasal decongestant.....	87, 88	all day allergy childrens.....	82	ampicillin.....	43
12 hour nasal spray.....	88	all day allergy d.....	88	ampicillin sodium.....	43
24hr allergy relief.....	82	all day allergy-d.....	88	ampicillin-sulbactam sodium.....	43
3 day vaginal.....	73	all-day allergy childrens.....	83	anagrelide hcl.....	75
8 hour arthritis pain reliever.....	30	aller-chlor.....	83	anastrozole.....	20
8 hr arthritis pain relief.....	31	aller-ease.....	83	ANDRODERM.....	52
8hr muscle aches & pain.....	31	allergy.....	83	ANIMAL SHAPES.....	112
abacavir sulfate.....	33	allergy 24-hr.....	83	animal shapes/iron.....	113
abacavir sulfate-lamivudine.....	35	allergy childrens.....	83	ANIMI-3.....	113
abacavir-lamivudine-zidovudine.....	35	allergy rel child (loratadine).....	83	ANIMI-3/VITAMIN D.....	113
ABELCET.....	36	allergy relief.....	83	ANORO ELLIPTA.....	85
ABILIFY MAINTENA.....	100	allergy relief childrens.....	83	antacid.....	65
abiraterone acetate.....	20	allergy relief d.....	88	antacid anti-gas max strength.....	65
ABRAXANE.....	22	allergy relief d-12.....	88	antacid fast relief.....	65
acamprosate calcium.....	105	allergy relief d-24.....	88	antacid maximum strength.....	65
acarbose.....	53	allergy relief/nasal decongest.....	88	antacid plus anti-gas fast act.....	65
ACCUTANE.....	121	allergy relief-d.....	88	antacid plus anti-gas relief.....	65
acebutolol hcl.....	46	allergy/congestion relief.....	88	antacid regular strength.....	65
acetaminophen.....	31	allergy-time.....	83	antacid/anti-gas.....	65
acetaminophen childrens.....	31	allopurinol.....	33	anti-diarrheal.....	66
acetaminophen er.....	31	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	65	antifungal.....	119
acetaminophen extra strength.....	31	ALOE VESTA CLEAR.....		anti-fungal.....	119
acetaminophen infants.....	31	ANTIFUNGAL.....	119	antifungal (tolnaftate).....	119
acetaminophen-codeine.....	29	alosetron hcl.....	68	antifungal clotrimazole.....	119
acetaminophen-codeine #3.....	29	ALPHAGAN P.....	78	anti-itch.....	119
acetazolamide.....	49	alprazolam.....	94	antiseptic skin cleanser.....	124
acetazolamide er.....	49	ALREX.....	79	aprepitant.....	67
acetic acid.....	74, 81	ALTAVERA.....	56	APRI.....	56
acetylcysteine.....	86	alum & mag hydroxide-simeth.....	65	APTIO.....	94
acitretin.....	122	alumina-magnesia-simethicone.....	65	APTIVUS.....	33
ACTHIB.....	26	aluminum hydroxide gel.....	65	AQUADEKS.....	113
ACTIMMUNE.....	25	ALUNBRIG.....	15	aqueous vitamin d.....	113
active fe.....	75	alyacen 1/35.....	56	ARALAST NP.....	86
acyclovir.....	39	alyacen 7/7/7.....	56	ARANELLE.....	56
acyclovir sodium.....	39	AMABELZ.....	63	ARCALYST.....	25
ADACEL.....	26	amantadine hcl.....	93	aripiprazole.....	100
adefovir dipivoxil.....	39	AMBISOME.....	36	ARISTADA.....	100, 101
ADEMPAS.....	50	ambrisentan.....	50	ARISTADA INITIO.....	100
ADIPEX-P.....	105	AMETHIA.....	56	armodafinil.....	105
ADRENALIN.....	49	amikacin sulfate.....	37	ARNUITY ELLIPTA.....	87
ADRIAMYCIN.....	21	amiloride hcl.....	49	arthritis pain relief.....	31
ADVAIR DISKUS.....	85	amiloride-hydrochlorothiazide.....	49	arthritis pain reliever.....	31
ADVAIR HFA.....	85	amiodarone hcl.....	44	arthritis pain relieving.....	124
AFINITOR.....	15	amitriptyline hcl.....	99	artificial tears.....	80
AFINITOR DISPERZ.....	15	amlodipine besy-benazepril hcl.....	48	ascorbic acid.....	113
AFIRMELLE.....	56	amlodipine besylate.....	47	asenapine maleate.....	101
AIMOVIG.....	104	amlodipine besylate-valsartan.....	48	ASHLYNA.....	56
ala-cort.....	122	amlodipine-olmesartan.....	48	aspirin.....	31
albendazole.....	37	amlodipine-valsartan-hctz.....	48	aspirin ec.....	31
albuterol sulfate.....	82	ammonium lactate.....	124	aspirin-dipyridamole er.....	77
albuterol sulfate hfa.....	82	AMNESTEEM.....	121	ASSURE ID INSULIN SAFETY	
alclometasone dipropionate.....	122	amoxapine.....	99	SYR.....	54
ALDURAZYME.....	61	amoxicillin.....	42	atazanavir sulfate.....	34
ALECENSA.....	15	amoxicillin-pot clavulanate.....	43	atenolol.....	46
alendronate sodium.....	64	amoxicillin-pot clavulanate er.....	42	atenolol-chlorthalidone.....	46
alfuzosin hcl er.....	74	amphetamine-dextroamphet er.....	107	athletes foot (terbinafine).....	119
ALIMTA.....	21	amphetamine-dextroamphetamine.....	107	athletes foot powder spray.....	119
aliskiren fumarate.....	49	amphotericin b.....	36	athletes foot spray.....	119

<i>atomoxetine hcl</i>	107	<i>betaine</i>	61	<i>c-1000/rose hips</i>	113
<i>atorvastatin calcium</i>	46	<i>betamethasone dipropionate</i>	123	<i>c-500</i>	113
<i>atovaquone</i>	37	<i>betamethasone dipropionate aug</i>		<i>cabergoline</i>	61
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	39		122, 123	CABOMETYX.....	15
<i>atropine sulfate</i>	80	<i>betamethasone valerate</i>	123	<i>calamine phenolated</i>	124
ATROVENT HFA.....	82	BETASERON.....	105	<i>calamine-zinc oxide</i>	124
AUBRA EQ.....	56	<i>betaxolol hcl</i>	46, 78	CALCI-CHEW.....	110
AUROVELA 1/20.....	56	<i>bethanechol chloride</i>	74	<i>calcipotriene</i>	122
AUROVELA 24 FE.....	56	BETOPTIC-S.....	78	<i>calcitonin (salmon)</i>	64
AUROVELA FE 1.5/30.....	56	BEVESPI AEROSPHERE.....	85	CALCITRATE.....	110
AUROVELA FE 1/20.....	56	<i>bexarotene</i>	22	CALCITRENE.....	122
AUSTEDO.....	103	BEXSERO.....	26	<i>calcitriol</i>	52
AVASTIN.....	15	<i>bicalutamide</i>	20	<i>calcium</i>	110
AVIANE.....	56	BICILLIN L-A.....	43	<i>calcium 500 + d</i>	110
AVITA.....	121	BIKTARVY.....	35	<i>calcium 500/d</i>	110
AYUNA.....	56	<i>biotin</i>	113	<i>calcium 500/vitamin d</i>	110
AYVAKIT.....	15	<i>bisacodyl</i>	70	<i>calcium 600</i>	110
<i>azacitidine</i>	21	<i>bisacodyl ec</i>	70	<i>calcium 600+d</i>	110
<i>azathioprine</i>	25	<i>bismatrol</i>	66	<i>calcium 600-d</i>	110
<i>azelastine hcl</i>	77, 83	<i>bisoprolol fumarate</i>	46	<i>calcium acetate</i>	51
<i>azithromycin</i>	41	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	46	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	51
<i>aztreonam</i>	37	BIVIGAM.....	24	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	110
AZURETTE.....	56	BLEPHAMIDE S.O.P.....	78	<i>calcium carbonate</i>	110
<i>b complex</i>	113	BLISOVI 24 FE.....	56	<i>calcium carbonate antacid</i>	110
<i>b complex-c</i>	113	BLISOVI FE 1.5/30.....	56	<i>calcium high potency</i>	110
<i>b-1</i>	113	BOOSTRIX.....	26	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	110
<i>b-12 tr</i>	113	<i>bortezomib</i>	15	<i>calcium-folic acid plus d</i>	110
<i>bacitracin</i>	79, 121	<i>bosentan</i>	50	<i>calcium-vitamin d3</i>	110
<i>bacitracin zinc</i>	122	BOSULIF.....	15	CALMOSEPTINE.....	124
<i>bacitracin-polymyxin b</i>	79	<i>bp vit 3</i>	113	CALQUENCE.....	15
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	78	BRAFTOVI.....	15	CAMILA.....	56
<i>baclofen</i>	94	BREO ELLIPTA.....	86	CAMRESE.....	56
<i>balsalazide disodium</i>	69	BREZTRI AEROSPHERE.....	85	CAMRESE LO.....	56
BALVERSA.....	15	<i>briellyn</i>	56	<i>candesartan cilexetil</i>	44
BALZIVA.....	56	BRILINTA.....	77	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	48
BANOPHEN.....	83, 119	<i>brimonidine tartrate</i>	78	<i>capcof</i>	88
BARACLUDGE.....	39	<i>brinzolamide</i>	78	CAPLYTA.....	101
BASAGLAR KWIKPEN.....	54	BRIVIACT.....	94, 95	CAPRELSA.....	16
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...	31	<i>bromfenac sodium (once-daily)</i>	79	<i>capsaicin</i>	124
<i>baza antifungal</i>	119	<i>bromocriptine mesylate</i>	93	<i>captopril</i>	50
<i>bcg vaccine</i>	26	BROMSITE.....	79	CARBAGLU.....	61
<i>b-complex/b-12</i>	113	BRUKINSA.....	15	<i>carbamazepine</i>	95
BELSOMRA.....	104	<i>budesonide</i>	69, 87	<i>carbamazepine er</i>	95
<i>benazepril hcl</i>	50	<i>budesonide er</i>	69	<i>carbidopa-levodopa</i>	93
<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>bumetanide</i>	49	<i>carbidopa-levodopa er</i>	93
BENDEKA.....	15	<i>buprenorphine</i>	30	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i>	94
BENLYSTA.....	25	<i>buprenorphine hcl</i>	105	<i>carboplatin</i>	15
BENZEDREX.....	88	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	105	CARDIOTEK RX.....	113
BENZEPRO.....	121	<i>bupropion hcl</i>	99	<i>carglumic acid</i>	61
BENZEPRO SHORT CONTACT...	121	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	105	<i>carisoprodol</i>	94
<i>benzoin</i>	119	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	99	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	119
<i>benzonatate</i>	88	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	99	<i>carteolol hcl</i>	78
<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	121	<i>buspirone hcl</i>	94	CARTIA XT.....	47
<i>benzphetamine hcl</i>	105	<i>butenafine hcl</i>	119	<i>carvedilol</i>	46
<i>benztropine mesylate</i>	93	<i>butorphanol tartrate</i>	29	<i>caspofungin acetate</i>	36
<i>bepotastine besilate</i>	77	BYDUREON BCISE.....	53	<i>castellani paint modified</i>	119
BEPREVE.....	77	BYETTA 10 MCG PEN.....	53	CAYSTON.....	37
BERINERT.....	75	BYETTA 5 MCG PEN.....	53	CAZIENT.....	56
BESIVANCE.....	79	<i>c 250</i>	113	<i>cefaclor</i>	40
BESREMI.....	21	<i>c-1000</i>	113	<i>cefaclor er</i>	40

<i>cefadroxil</i>	40	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	82	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
<i>cefazolin sodium</i>	40	<i>cisplatin</i>	15	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	40	<i>citalopram hydrobromide</i>	99	SYRINGE.....	54
<i>cefdinir</i>	40	<i>citrus calcium +d</i>	110	COMPLERA.....	35
<i>cefepime hcl</i>	41	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	110	<i>complete allergy medicine</i>	83
<i>cefixime</i>	41	CLARAVIS.....	121	COMPRO.....	67
<i>cefoxitin sodium</i>	41	<i>clarithromycin</i>	42	<i>constulose</i>	70
<i>cefpodoxime proxetil</i>	41	<i>clarithromycin er</i>	41	COPIKTRA.....	16
<i>cefprozil</i>	41	<i>classic prenatal</i>	113	<i>coq10</i>	108
<i>ceftazidime</i>	41	<i>clindamycin hcl</i>	37	<i>coq-10</i>	108
<i>ceftazidime and dextrose</i>	41	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	37	CORLANOR.....	49
<i>ceftriaxone sodium</i>	41	<i>clindamycin phosphate</i>	37, 73, 121	CORVITA.....	113
<i>cefuroxime axetil</i>	41	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	37	CORVITA 150.....	76
<i>cefuroxime sodium</i>	41	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	37	CORVITE 150.....	76
<i>celecoxib</i>	28	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10).....	112	<i>corvite fe</i>	76
CELONTIN.....	95	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	112	COTELLIC.....	16
<i>centamin</i>	113	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	112	<i>cough dm</i>	88
CEPACOL SORE THROAT &		CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	112	<i>cough dm childrens</i>	88
COUGH.....	119	<i>climix/dextrose (6/5)</i>	112	<i>cough/chest congestion dm</i>	88
<i>cephalexin</i>	41	<i>climix/dextrose (8/10)</i>	112	CREON.....	69
CERDELGA.....	61	<i>climix/dextrose (8/14)</i>	112	<i>cromolyn sodium</i>	68, 77, 86
CEREZYME.....	61	CLINISOL SF.....	112	CRYSSELLE-28.....	56
CEROVITE JR.....	113	CLINOLIPID.....	112	<i>cupric chloride</i>	112
<i>cetirizine hcl</i>	83	<i>clobazam</i>	95	<i>cvs b-1</i>	113
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	83	<i>clobetasol propionate</i>	123	<i>cvs cough dm</i>	88
<i>cetirizine hcl childrens</i>	83	<i>clobetasol propionate e</i>	123	<i>cvs gauze sterile</i>	54
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	83	<i>clomipramine hcl</i>	99	<i>cvs lice treatment</i>	124
<i>cetirizine hcl hives relief</i>	83	<i>clonazepam</i>	95	<i>cvs vitamin b-12</i>	113
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	88	<i>clonidine</i>	49	<i>cyanocobalamin</i>	113
<i>cevimeline hcl</i>	119	<i>clonidine hcl</i>	49	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	94
CHANTIX STARTING MONTH		<i>clopidogrel bisulfate</i>	77	<i>cyclophosphamide</i>	15
PAK.....	105	<i>clorazepate dipotassium</i>	95	<i>cycloserine</i>	35
<i>charcoal</i>	61	CLORPACTIN.....	124	<i>cyclosporine</i>	25
CHATEAL.....	56	<i>clotrimazole</i>	73, 119, 120	<i>cyclosporine modified</i>	25
CHEMET.....	52	<i>clotrimazole 3</i>	73	<i>cyproheptadine hcl</i>	83
<i>chest congestion relief</i>	88	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	119	CYRED EQ.....	56
<i>chest congestion relief dm</i>	88	<i>clotrimazole athletes foot</i>	120	CYSTADANE.....	61
<i>chewable vite childrens</i>	113	<i>clotrimazole betamethasone</i>	120	CYSTADROPS.....	80
<i>childrens animal shapes</i>	113	<i>clozapine</i>	101	CYSTAGON.....	61
<i>childrens chewable vitamins</i>	113	<i>co q10</i>	107	CYSTARAN.....	80
<i>childrens ibuprofen</i>	28	<i>co q-10</i>	107	<i>cytarabine</i>	21
<i>childrens loratadine</i>	83	COARTEM.....	39	<i>d 1000</i>	113
<i>childrens silapap</i>	31	<i>cod liver oil</i>	113	<i>d 400</i>	113
<i>childrens silfedrine</i>	88	<i>coditussin ac</i>	88	<i>d 5000</i>	113
<i>chlorhexidine gluconate</i>	119	<i>coditussin dac</i>	88	<i>d3 high potency</i>	113
<i>chloroquine phosphate</i>	39	<i>coenzyme q10</i>	107	<i>d3 super strength</i>	113
<i>chlorpromazine hcl</i>	101	<i>coenzyme q-10</i>	107	<i>daily vitamins</i>	113
<i>chlorthalidone</i>	49	<i>co-enzyme q10</i>	107	<i>daily-vite</i>	113
<i>cholestyramine</i>	45	<i>co-enzyme q-10</i>	108	<i>daily-vitel/iron/beta-carotene</i>	113
<i>cholestyramine light</i>	45	<i>colchicine</i>	33	<i>dalfampridine er</i>	105
CHROMAGEN.....	76	<i>colchicine-probenecid</i>	33	DALIRESP.....	86
<i>chromic chloride</i>	111	<i>colesevelam hcl</i>	45	<i>danazol</i>	62
<i>ciclopirox olamine</i>	119	<i>colestipol hcl</i>	45	<i>dantrolene sodium</i>	94
<i>cilostazol</i>	75	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	37	<i>dapsone</i>	37
CILOXAN.....	79	COMBIGAN.....	78	DAPTACEL.....	26
CIMDUO.....	35	COMBIVENT RESPIMAT.....	85	<i>daptomycin</i>	37
<i>cinacalcet hcl</i>	61	COMETRIQ (100 MG DAILY		DASETTA 1/35.....	56
CIPRO.....	42	DOSE).....	16	DASETTA 7/7/7.....	57
<i>ciprofloxacin hcl</i>	42, 79	COMETRIQ (140 MG DAILY		DAURISMO.....	16
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	42	DOSE).....	16	DAYSEE.....	57

DEBLITANE.....	57	difluprednate.....	79	ed-apap.....	31
DECARA.....	114	DIGITEK.....	49	EDURANT.....	34
deferasirox.....	52	DIGOX.....	49	efavirenz.....	34
deferasirox granules.....	52	digoxin.....	49	efavirenz-emtricitab-tenofovir.....	36
DELESTROGEN.....	63	dihydroergotamine mesylate.....	104	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	36
DELSTRIGO.....	35	DILANTIN.....	95	ELDERTONIC.....	114
DELSYM.....	88	DILANTIN INFATABS.....	95	ELINEST.....	57
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	88	diltiazem hcl.....	47	ELIQUIS.....	74
DENGVAIXA.....	26	diltiazem hcl er.....	47	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	74
DERMACINRX PUREFOLIX.....	114	diltiazem hcl er beads.....	47	ELLA.....	57
DESCOVY.....	35	diltiazem hcl er coated beads.....	47	ELURYNG.....	57
DESENEX.....	120	dilt-xr.....	47	EMCYT.....	20
desipramine hcl.....	99	diphenhist.....	83	EMOQUETTE.....	57
desmopressin ace spray refig.....	61	diphenhydramine hcl.....	83	EMSAM.....	99
desmopressin acetate.....	61	diphenhydramine hcl childrens.....	83	emtricitabine.....	34
desmopressin acetate pf.....	61	diphenhydramine-zinc acetate.....	120	emtricitabine-tenofovir df.....	36
desmopressin acetate spray.....	61	diphenoxylate-atropine.....	68	EMTRIVA.....	34
desogestrel-ethinyl estradiol.....	57	diphtheria-tetanus toxoids dt.....	26	EMVERM.....	37
desvenlafaxine succinate er.....	99	dipyridamole.....	77	enalapril maleate.....	50
dexamethasone.....	63	disopyramide phosphate.....	45	enalapril-hydrochlorothiazide.....	48
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	63	disulfiram.....	106	ENBREL.....	23
dexamethasone sod phosphate pf.....	63	divalproex sodium.....	95	ENBREL MINI.....	23
dexamethasone sodium phosphate.....	63, 79	divalproex sodium er.....	95	ENBREL SURECLICK.....	23
DEXILANT.....	69	docetaxel.....	22	ENDARI.....	75
dexlansoprazole.....	69	docu.....	70	ENDOCET.....	29
dexmethylphenidate hcl.....	107	docusate calcium.....	70	ENDUR-C.....	114
dextromethorphan polistirex er.....	88	docusate mini.....	70	enema.....	70
dextromethorphan-guaifenesin.....	89	docusate sodium.....	70	enema ready-to-use.....	70
dextrose.....	112	DOCUSOL MINI.....	70	ENEMEEZ MINI.....	70
dextrose 5%/electrolyte #48.....	108	dofetilide.....	45	ENEMEEZ PLUS.....	70
dextrose in lactated ringers.....	108	DOK.....	70	ENERGIX-B.....	26
dextrose-nacl.....	108	donepezil hcl.....	98	enoxaparin sodium.....	74
dextrose-sodium chloride.....	108	DOPTLET.....	75	ENPRESSE-28.....	57
diabetic siltussin-dm max st.....	89	dorzolamide hcl.....	78	ENSKYCE.....	57
DIABETIC TUSSIN.....	89	dorzolamide hcl-timolol mal.....	78	ENSTILAR.....	123
DIABETIC TUSSIN DM.....	89	DOTTI.....	63	entacapone.....	94
DIABETIC TUSSIN MAX ST.....	89	DOVATO.....	36	entecavir.....	39
DIACOMIT.....	95	doxazosin mesylate.....	46	ENTRESTO.....	48
DIALYVITE.....	114	doxepin hcl.....	99, 104	enulose.....	70
DIALYVITE 3000.....	114	doxorubicin hcl.....	21	EPCLUSA.....	39
DIALYVITE 5000.....	114	doxorubicin hcl liposomal.....	21	EPIDIOLEX.....	95
DIALYVITE 800.....	114	DOXY 100.....	44	epinephrine.....	86
DIALYVITE 800/ZINC.....	114	doxycycline hyclate.....	44	epirubicin hcl.....	21
DIALYVITE 800-ZINC 15.....	114	doxycycline monohydrate.....	44	EPITOL.....	96
DIALYVITE SUPREME D.....	114	DRISDOL.....	114	EPIVIR HBV.....	39
DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	114	DRIZALMA SPRINKLE.....	99	eplerenone.....	44
DIALYVITE/ZINC.....	114	dronabinol.....	67	EPRONTIA.....	96
diazepam.....	95	drosipren-eth estrad-levomefol.....	57	epsom salt.....	70
DIAZEPAM INTENSOL.....	95	drosiprenone-ethinyl estradiol.....	57	eq cough dm.....	89
diazoxide.....	52	DROXIA.....	75	eq lice killing max st.....	124
diclofenac potassium.....	28	droxidopa.....	49	eq b complex 50.....	114
diclofenac sodium.....	28, 79, 124	duloxetine hcl.....	99	eq coq10.....	108
diclofenac sodium er.....	28	dutasteride.....	74	ergocalciferol.....	114
dicloxacin sodium.....	43	dutasteride-tamsulosin hcl.....	74	ergotamine-caffeine.....	104
dicyclomine hcl.....	68	DYNA-HEX 4.....	125	ERIVEDGE.....	16
diethylpropion hcl.....	106	E.E.S. 400.....	42	ERLEADA.....	20
diethylpropion hcl er.....	105	e-400.....	114	erlotinib hcl.....	16
DIFICID.....	42	ear drops.....	126	ERRIN.....	57
diflunisal.....	28	ec-naproxen.....	28	ertapenem sodium.....	37
		ed chlorped jr.....	83	ery.....	121

ERY-TAB.....	42	FERRLECIT.....	76	<i>fosinopril sodium</i>	50
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	42	<i>ferrous fumarate</i>	76	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	48
ERYTHROCIN STEARATE.....	42	<i>ferrous gluconate</i>	76	FOTIVDA.....	16
<i>erythromycin</i>	42, 79, 121	<i>ferrous sulfate</i>	76	FREAMINE III.....	112
<i>erythromycin base</i>	42	FETZIMA.....	99	<i>fulvestrant</i>	20
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	42	FETZIMA TITRATION.....	99	FUNGOID TINCTURE.....	120
<i>erythromycin lactobionate</i>	42	FEVERALL ADULTS.....	31	<i>furosemide</i>	49
ESBRIET.....	86	FEVERALL CHILDRENS.....	31	FUSION.....	76
<i>escitalopram oxalate</i>	99	FEVERALL INFANTS.....	31	FUSION PLUS.....	76
<i>esomeprazole magnesium</i>	69	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 31		FUZEON.....	34
ESTARYLLA.....	57	<i>fexofenadine hcl</i>	83	FYAVOLV.....	63
ESTER-C.....	114	FIASP.....	55	FYCOMPA.....	96
<i>estradiol</i>	63	FIASP FLEXTOUCH.....	55	<i>gabapentin</i>	96
<i>estradiol valerate</i>	63	FIASP PENFILL.....	55	<i>galantamine hydrobromide</i>	98
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	63	<i>fiber</i>	70	<i>galantamine hydrobromide er</i>	98
<i>eszopiclone</i>	104	<i>fiber laxative</i>	70	GAMASTAN.....	24
<i>ethambutol hcl</i>	35	<i>fiber-lax</i>	70	GAMMAGARD.....	24
<i>ethosuximide</i>	96	<i>finasteride</i>	74	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	24
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	57	FINTEPLA.....	96	GAMMAKED.....	24
<i>etodolac</i>	28	<i>first aid antibiotic</i>	122	GAMMAPLEX.....	24
<i>etodolac er</i>	28	FLAC.....	82	GAMUNEX-C.....	24
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	57	FLAREX.....	79	<i>ganciclovir sodium</i>	39
<i>etoposide</i>	22	FLEBOGAMMA DIF.....	24	GARDASIL 9.....	26
<i>etravirine</i>	34	<i>flecainide acetate</i>	45	<i>gas relief</i>	68
EUTHYROX.....	51	FLEET ENEMA.....	70	<i>gas relief drops infants</i>	68
<i>everolimus</i>	16, 25	FLORIVA PLUS.....	114	<i>gas relief extra strength</i>	68
EVOTAZ.....	36	FLOVENT DISKUS.....	87	<i>gas relief ultra strength</i>	68
EXEL COMFORT POINT PEN		FLOVENT HFA.....	87	<i>gatifloxacin</i>	79
NEEDLE.....	55	<i>fluconazole</i>	36	GATTEX.....	68
<i>exemestane</i>	20	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	36	GAVILYTE-C.....	70
EXKIVITY.....	16	<i>flucytosine</i>	36	GAVILYTE-G.....	70
<i>ezetimibe</i>	45	<i>fludrocortisone acetate</i>	63	GAVILYTE-N WITH FLAVOR	
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	45	<i>flunisolide</i>	87	PACK.....	70
<i>fabb</i>	114	<i>fluocinolone acetonide</i>	82, 123	GAVRETO.....	16
FABRAZYME.....	61	<i>fluocinolone acetonide body</i>	123	<i>gemcitabine hcl</i>	21
FALMINA.....	57	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	123	<i>gemfibrozil</i>	45
<i>famciclovir</i>	39	<i>fluocinonide</i>	123	<i>generlac</i>	70
<i>famotidine</i>	65	<i>fluocinonide emulsified base</i>	123	GENGRAF.....	25
<i>famotidine (pf)</i>	65	<i>fluorometholone</i>	79	GENOTROPIN.....	62
<i>famotidine premixed</i>	65	<i>fluorouracil</i>	21, 125	GENOTROPIN MINIQUEEK.....	61
FANAPT.....	101	<i>fluoxetine hcl</i>	99	GENTAK.....	79
FANAPT TITRATION PACK.....	101	<i>fluphenazine decanoate</i>	101	<i>gentamicin in saline</i>	37
FARXIGA.....	53	<i>fluphenazine hcl</i>	101	<i>gentamicin sulfate</i>	38, 79, 122
FASENRA.....	86	<i>flurbiprofen</i>	28	GENTEAL TEARS.....	80
FASENRA PEN.....	86	<i>flurbiprofen sodium</i>	79	GENTEAL TEARS MODERATE PF	80
<i>felbamate</i>	96	<i>flutamide</i>	20	<i>gentle laxative</i>	70
<i>felodipine er</i>	47	<i>fluticasone propionate</i>	87, 123	GENVOYA.....	36
FEMYNOR.....	57	<i>fluvoxamine maleate</i>	94	GILENYA.....	105
<i>fenofibrate</i>	45	<i>folic acid</i>	114	GILOTRIF.....	16
<i>fenofibrate micronized</i>	45	FOLITAB 500.....	76	<i>glatiramer acetate</i>	105
<i>fentanyl</i>	30	<i>folite</i>	114	GLATOPA.....	105
<i>fentanyl citrate</i>	29	FOLIVANE-F.....	76	<i>glimepiride</i>	53
FERAHEME.....	76	FOLIVANE-PLUS.....	76	<i>glipizide</i>	53
FERATE.....	76	FOLIXAPURE.....	114	<i>glipizide er</i>	53
FERIVA 21/7.....	76	FOLTABS 800.....	114	<i>glipizide xl</i>	53
FERIVAF.....	76	FOLTRATE.....	114	<i>glipizide-metformin hcl</i>	53
FEROSUL.....	76	FOLTREXYL.....	114	<i>global alcohol prep ease</i>	55
FERRALET 90.....	76	<i>fondaparinux sodium</i>	74	<i>glycerin (adult)</i>	70
<i>ferraplus 90</i>	76	FORTEO.....	64	<i>glycerin (infants & children)</i>	70
<i>ferretts</i>	76	<i>fosamprenavir calcium</i>	34	<i>glycerin (pediatric)</i>	71

<i>glycerin adult</i>	71	<i>gnp melatonin</i>	108	<i>goodsense pain relief</i>	32
<i>glycerin childrens</i>	71	<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	108	<i>goodsense pain relief extra st</i>	32
<i>glycopyrrolate</i>	68	<i>gnp miconazole 3</i>	73	<i>goodsense stomach relief</i>	66
<i>GLYDO</i>	121	<i>gnp miconazole 7</i>	73	<i>goodsense tussin cf</i>	89
<i>GLYXAMBI</i>	53	<i>gnp milk of magnesia</i>	71	<i>granisetron hcl</i>	67
<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	31	<i>gnp nasal decongestant</i>	89	<i>grape flavor</i>	51
<i>gnp 8 hour pain relief</i>	31	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	89	<i>griseofulvin microsize</i>	36
<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	31	<i>gnp nasal spray</i>	89	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	36
<i>gnp acetaminophen</i>	31	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	89	<i>guaiaatussin ac</i>	89
<i>gnp acetaminophen ex st</i>	31	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	89	<i>guaifenesin</i>	89, 90
<i>gnp all day allergy</i>	84	<i>gnp natural fiber</i>	71	<i>guaifenesin-codeine</i>	90
<i>gnp all day allergy childrens</i>	84	<i>gnp nicotine</i>	106	<i>guaifenesin-dm</i>	90
<i>gnp all day allergy-d</i>	89	<i>gnp nicotine mini</i>	106	<i>guanfacine hcl</i>	49
<i>gnp allergy</i>	84	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	106	<i>guanfacine hcl er</i>	107
<i>gnp allergy & congestion</i>	89	<i>gnp no drip nasal spray</i>	89	<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</i>	52
<i>gnp allergy antihistamine</i>	84	<i>gnp nose drops extra strength</i>	89	<i>GVOKE KIT</i>	52
<i>gnp allergy relief</i>	84	<i>gnp one daily plus iron</i>	114	<i>GVOKE PFS</i>	52
<i>gnp allergy/congestion relief</i>	89	<i>gnp pain & fever childrens</i>	32	<i>H2Q</i>	108
<i>gnp antacid & anti-gas</i>	65	<i>gnp pain & fever infants</i>	32	<i>HAEGARDA</i>	75
<i>gnp antacid regular strength</i>	66	<i>gnp pain relief</i>	32	<i>HAILEY 1.5/30</i>	57
<i>gnp anti-diarrheal</i>	66	<i>gnp pain relief extra strength</i>	32	<i>HAILEY 24 FE</i>	57
<i>gnp anti-gas</i>	68	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	110	<i>halobetasol propionate</i>	123
<i>gnp anti-itch</i>	120	<i>gnp petroleum jelly</i>	51	<i>haloperidol</i>	101
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	125	<i>gnp pink bismuth</i>	66	<i>haloperidol decanoate</i>	101
<i>gnp arthritis pain relief</i>	32	<i>gnp prenatal</i>	114	<i>haloperidol lactate</i>	101
<i>gnp artificial tears</i>	80	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	89	<i>HARVONI</i>	39
<i>gnp aspirin</i>	32	<i>gnp senna lax</i>	71	<i>HAVRIX</i>	26
<i>gnp athletes foot</i>	120	<i>gnp stool softener</i>	71	<i>HEATHER</i>	57
<i>gnp bacitracin zinc</i>	122	<i>gnp stool softener/laxative</i>	71	<i>HEMATOGEN</i>	76
<i>gnp calcium</i>	111	<i>gnp suphedrin</i>	89	<i>HEMATOGEN FA</i>	76
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	110	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	120	<i>HEMATOGEN FORTE</i>	76
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	110	<i>gnp tolinaftate</i>	120	<i>HEMOCYTE PLUS</i>	76
<i>gnp capsaicin</i>	125	<i>gnp triple antibiotic</i>	122	<i>HEMOCYTE-F</i>	76
<i>gnp childrens allergy</i>	84	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	122	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	74
<i>gnp childrens complete</i>	114	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	89	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	74
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	28	<i>gnp tussin cough long acting</i>	89	<i>heparin sodium (porcine)</i>	75
<i>gnp clotrimazole 3</i>	73	<i>gnp tussin dm</i>	89	<i>HEPATAMINE</i>	112
<i>gnp co q10</i>	108	<i>gnp tussin dm cough</i>	89	<i>HERCEPTIN</i>	16
<i>gnp cough dm er</i>	89	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	89	<i>HERCEPTIN HYLECTA</i>	16
<i>gnp earwax removal drops</i>	126	<i>gnp vitamin c</i>	115	<i>HERZUMA</i>	16
<i>gnp earwax removal kit</i>	126	<i>gnp vitamin c drops</i>	114	<i>HETLIOZ</i>	104
<i>gnp electrolyte solution</i>	110	<i>gnp vitamin d-400</i>	115	<i>HIBERIX</i>	26
<i>gnp enema</i>	71	<i>gnp womens gentle laxative</i>	71	<i>HISTEX-AC</i>	90
<i>gnp essential one daily</i>	114	<i>gnp zinc oxide</i>	125	<i>hm acetaminophen childrens</i>	32
<i>gnp gas relief</i>	68	<i>GOLYTELY</i>	71	<i>hm adult aspirin</i>	32
<i>gnp gas relief extra strength</i>	68	<i>GONAK</i>	80	<i>hm advanced antacid max st</i>	66
<i>gnp gentle laxative</i>	71	<i>goodsense all day allergy</i>	84	<i>hm all day allergy</i>	84
<i>gnp glycerin (adult)</i>	71	<i>goodsense aller-ease</i>	84	<i>hm all day allergy childrens</i>	84
<i>gnp glycerin child</i>	71	<i>goodsense allergy relief</i>	84	<i>hm allergy & congestion</i>	90
<i>gnp healthy eyes supervision</i>	114	<i>goodsense arthritis pain</i>	32	<i>hm allergy complete-d</i>	90
<i>gnp ibuprofen infants</i>	28	<i>goodsense aspirin</i>	32	<i>hm allergy relief</i>	84
<i>gnp ibuprofen junior strength</i>	28	<i>goodsense cough dm</i>	89	<i>hm allergy relief childrens</i>	84
<i>gnp infants pain/fever</i>	32	<i>goodsense cough dm childrens</i>	89	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	90
<i>gnp iron</i>	76	<i>goodsense epsom salt</i>	71	<i>hm antacid</i>	66
<i>gnp laxative</i>	71	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	28	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	66
<i>gnp lice treatment</i>	124	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	28	<i>hm antacid/antigas</i>	66
<i>gnp little ones childrens</i>	114	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	80	<i>hm anti-diarrheal</i>	66
<i>gnp loratadine</i>	84	<i>goodsense nicotine</i>	106	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	125
<i>gnp loratadine childrens</i>	84	<i>goodsense pain & fever child</i>	32	<i>hm arthritis pain relief</i>	32
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	80	<i>goodsense pain & fever infants</i>	32	<i>hm aspirin</i>	32

<i>hm aspirin ec</i>	32	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		<i>infliximab</i>	23
<i>hm bacitracin zinc</i>	122	STARTER.....	23	INFUVITE ADULT.....	115
<i>hm cetirizine hcl</i>	84	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INFUVITE PEDIATRIC.....	115
<i>hm cetirizine hcl childrens</i>	84	START.....	23	INGREZZA.....	103
<i>hm coq10</i>	108	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INJECTAFER.....	76
<i>hm cough dm</i>	90	START.....	23	INLYTA.....	16
<i>hm dry eye relief</i>	80	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INQOVI.....	21
<i>hm earwax removal aid</i>	126	STARTER.....	23	INREBIC.....	16
<i>hm earwax removal kit</i>	126	HUMULIN R U-500		INTEGRA.....	76
<i>hm enema</i>	71	(CONCENTRATED).....	55	INTEGRA F.....	76
<i>hm fexofenadine hcl</i>	84	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	55	INTEGRA PLUS.....	77
<i>hm gas relief</i>	68	HYCODAN.....	90	INTELENCE.....	34
<i>hm gas relief infants drops</i>	68	<i>hydralazine hcl</i>	49, 50	INTRALIPID.....	112
<i>hm ibuprofen childrens</i>	28	<i>hydrochlorothiazide</i>	49	INTRON A.....	25
<i>hm ibuprofen ib</i>	28	<i>hydrocod polst-cpm polst er</i>	90	INTROVALE.....	57
<i>hm ibuprofen infants</i>	28	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	30	INVEGA SUSTENNA.....	101, 102
<i>hm laxative</i>	71	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	90	INVEGA TRINZA.....	102
<i>hm lice killing max st</i>	124	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	29	INVIRASE.....	34
<i>hm lice treatment</i>	124	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	29	IPOL.....	26
<i>hm loratadine</i>	84	<i>hydrocortisone</i>	64, 69, 123	<i>ipratropium bromide</i>	82
<i>hm loratadine childrens</i>	84	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	125	<i>ipratropium-albuterol</i>	85
<i>hm lubricating plus</i>	80	<i>hydromet</i>	90	<i>irbesartan</i>	44
<i>hm lubricating tears</i>	80	<i>hydromorphone hcl</i>	29	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>hm milk of magnesia</i>	71	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	115	IRESSA.....	17
<i>hm nasal decongestant</i>	90	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	26	<i>irinotecan hcl</i>	22
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	90	<i>hydroxyurea</i>	22	<i>iron</i>	77
<i>hm nasal decongestant pe</i>	90	<i>hydroxyzine hcl</i>	84	<i>iron chews pediatric</i>	77
<i>hm nasal spray</i>	90	<i>hydroxyzine pamoate</i>	84	ISENTRESS.....	34
<i>hm niacin</i>	115	HYSINGLA ER.....	30	ISENTRESS HD.....	34
<i>hm nicotine</i>	106	<i>ibandronate sodium</i>	64	ISIBLOOM.....	57
<i>hm nicotine polacrilex</i>	106	IBRANCE.....	16	ISOLYTE-P IN D5W.....	108
<i>hm nose drops</i>	90	IBU.....	28	ISOLYTE-S.....	108
<i>hm pain & fever childrens</i>	32	<i>ibuprofen</i>	29	ISOLYTE-S PH 7.4.....	108
<i>hm pain & fever infants</i>	32	<i>ibuprofen childrens</i>	28	<i>isoniazid</i>	35
<i>hm pain relief</i>	32	<i>ibuprofen infants drops</i>	28	ISOPTO ATROPINE.....	80
<i>hm pain relief extra strength</i>	32	<i>ibuprofen junior strength</i>	28	ISOPTO TEARS.....	80
<i>hm pain reliever</i>	32	ICAPS.....	115	<i>isosorbide dinitrate</i>	50
<i>hm petroleum jelly</i>	51	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	115	<i>isosorbide mononitrate</i>	50
<i>hm povidone-iodine</i>	125	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	115	<i>isosorbide mononitrate er</i>	50
<i>hm senna</i>	71	<i>icatibant acetate</i>	75	<i>isotretinoin</i>	121
<i>hm sinus nasal spray</i>	90	ICLEVIA.....	57	<i>isradipine</i>	47
<i>hm stomach relief</i>	66, 67	ICLUSIG.....	16	<i>itch relief extra strength</i>	120
<i>hm stool softener</i>	71	IDHIFA.....	16	<i>itraconazole</i>	37
<i>hm stool softener/laxative</i>	71	IFEREX 150.....	76	<i>ivermectin</i>	38
<i>hm triple antibiotic</i>	122	ILEVRO.....	79	IXIARO.....	27
<i>hm triple antibiotic max st</i>	122	<i>imatinib mesylate</i>	16	JAKAFI.....	17
<i>hm tussin adult</i>	90	IMBRUVICA.....	16	JANTOVEN.....	75
<i>hm tussin adult dm</i>	90	<i>imipenem-cilastatin</i>	38	JANUMET.....	53
<i>hm vitamin b100 complex</i>	115	<i>imipramine hcl</i>	99	JANUMET XR.....	53
<i>hm vitamin b12</i>	115	<i>imiquimod</i>	125	JANUVIA.....	53
<i>hm vitamin b-12 tr</i>	115	IMOVAX RABIES.....	26	JARDIANCE.....	53
<i>hm vitamin b50 complex</i>	115	INCASSIA.....	57	JASMIEL.....	57
<i>hm vitamin c tr</i>	115	INCRELEX.....	62	JENTADUETO.....	53
<i>hm vitamin e</i>	115	INCRUSE ELLIPTA.....	82	JENTADUETO XR.....	53
<i>hm zinc</i>	111	<i>indapamide</i>	49	JINTELI.....	63
HUMIRA.....	23	INFANRIX.....	26	JOLESSA.....	57
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>infants gas relief</i>	68	JULEBER.....	57
START.....	23	<i>infants ibuprofen</i>	29	JULUCA.....	36
HUMIRA PEN.....	23	<i>infants simethicone</i>	68	JUNEL 1.5/30.....	57
		INFED.....	76	JUNEL 1/20.....	57

JUNEL FE 1.5/30.....	57	lenalidomide.....	22	<i>l</i> -methylfolate-b6-b12.....	115
JUNEL FE 1/20.....	57	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	17	<i>l</i> -methyl-mc.....	115
JUNEL FE 24.....	57	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	17	<i>l</i> -methyl-mc nac.....	115
KADCYLA.....	17	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	17	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	58
KAITLIB FE.....	58	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	17	LOESTRIN 1/20 (21).....	58
KALYDECO.....	86	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	17	LOESTRIN FE 1.5/30.....	58
KANJINTI.....	17	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	17	LOESTRIN FE 1/20.....	58
KARIVA.....	58	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	17	<i>lohist-dm</i>	90
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	108	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	17	LOKELMA.....	52
KELNOR 1/35.....	58	LESSINA.....	58	LOMAIRA.....	106
KELNOR 1/50.....	58	<i>letrozole</i>	20	LONSURF.....	21
KERENDIA.....	44	<i>leucovorin calcium</i>	21	<i>loperamide hcl</i>	67, 68
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	125	LEUKERAN.....	15	<i>lopinavir-ritonavir</i>	36
KESIMPTA.....	105	<i>leuprolide acetate</i>	20	<i>loratadine</i>	84
<i>ketoconazole</i>	37, 120, 122	<i>levalbuterol hcl</i>	82	<i>loratadine childrens</i>	84
KETO-DIASTIX.....	62	<i>levalbuterol tartrate</i>	82	<i>loratadine-d 12hr</i>	90
<i>ketorolac tromethamine</i>	80	LEVEMIR.....	55	<i>loratadine-d 24hr</i>	90
KEYTRUDA.....	17	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	55	<i>lorazepam</i>	94
KINRIX.....	27	<i>levetiracetam</i>	96	LORAZEPAM INTENSOL.....	94
KISQALI (200 MG DOSE).....	17	<i>levetiracetam er</i>	96	LORBRENA.....	17
KISQALI (400 MG DOSE).....	17	<i>levetiracetam in nacl</i>	96	LORYNA.....	58
KISQALI (600 MG DOSE).....	17	<i>levobunolol hcl</i>	78	<i>losartan potassium</i>	44
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	22	<i>levocarnitine</i>	62	<i>losartan potassium-hctz</i>	48
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	22	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	84	LOTEMAX.....	80
KISQALI FEMARA(200 MG DOSE).....	22	<i>levofloxacin</i>	42	<i>lovastatin</i>	46
KLOR-CON.....	109	<i>levofloxacin in d5w</i>	42	LOW-OGESTREL.....	58
KLOR-CON 10.....	109	LEVONEST.....	58	<i>loxapine succinate</i>	102
KLOR-CON M10.....	109	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	58	<i>lubricant eye drops</i>	80
KLOR-CON M15.....	109	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	58	<i>lubricating eye drops</i>	80
KLOR-CON M20.....	109	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	58	<i>lubricating plus eye drops</i>	80
KORLYM.....	62	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	58	LUMAKRAS.....	17
<i>kp ferrous sulfate</i>	77	LEVORA 0.15/30 (28).....	58	LUMIGAN.....	78
KURVELO.....	58	LEVO-T.....	51	LUMIZYME.....	62
KYNMOBI.....	94	<i>levothyroxine sodium</i>	51	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	20
<i>labetalol hcl</i>	46	LEVOXYL.....	51	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	20
<i>lacosamide</i>	96	LEXIVA.....	34	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	62
<i>lactated ringers</i>	108	<i>lice killing</i>	124	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	62
<i>lactulose</i>	71	<i>lice killing maximum strength</i>	124	LUTERA.....	58
<i>lactulose encephalopathy</i>	71	<i>lice treatment</i>	124	LYLEQ.....	58
<i>lamivudine</i>	34, 39	<i>lidocaine</i>	121	LYLLANA.....	63
<i>lamivudine-zidovudine</i>	36	<i>lidocaine hcl</i>	33, 121	LYNPARZA.....	17
<i>lamotrigine</i>	96	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	33	LYSODREN.....	20
<i>lamotrigine er</i>	96	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	121	LYZA.....	58
<i>lansoprazole</i>	70	<i>lidocaine pain relief</i>	125	M.V.I. ADULT.....	115
<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>lidocaine pain relieving</i>	125	M.V.I. PEDIATRIC.....	115
LARIN 1.5/30.....	58	<i>lidocaine viscous hcl</i>	119	<i>mag-al plus</i>	66
LARIN 1/20.....	58	<i>lidocaine-prilocaine</i>	121	<i>mag-al plus xs</i>	66
LARIN 24 FE.....	58	LILLOW.....	58	<i>magdelay</i>	111
LARIN FE 1.5/30.....	58	<i>linezolid</i>	38	<i>mag-g</i>	111
LARIN FE 1/20.....	58	<i>linezolid in sodium chloride</i>	38	MAGNEBIND 300.....	111
LARISSIA.....	58	LINZESS.....	68	MAGNEBIND 400.....	111
LASTACFT.....	77	<i>liothyronine sodium</i>	51	<i>magnesium</i>	111
<i>latanoprost</i>	78	<i>liquid acetaminophen</i>	32	<i>magnesium 27</i>	111
LATUDA.....	102	<i>liquid allergy relief</i>	84	<i>magnesium chloride</i>	111
<i>laxative max str</i>	71	<i>lisinopril</i>	50	<i>magnesium oxide</i>	66, 111
LAYOLIS FE.....	58	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	48	<i>magnesium sulfate</i>	108
LEENA.....	58	<i>lithium</i>	103	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	108
<i>leflunomide</i>	26	<i>lithium carbonate</i>	103	<i>malathion</i>	124
		<i>lithium carbonate er</i>	103	<i>manganese chloride</i>	111
		<i>l-methylfolate calcium</i>	115	<i>mapap</i>	32

<i>mapap arthritis pain</i>	32	MI-ACID.....	66	MVASI.....	17
MAPAP CHILDRENS.....	32	<i>mi-acid gas relief</i>	68	MVC-FLUORIDE.....	115
<i>maraviroc</i>	34	<i>micafungin sodium</i>	37	<i>mycophenolate mofetil</i>	25
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	90	<i>miconazole 3 applicator</i>	73	<i>mycophenolate sodium</i>	25
<i>marlissa</i>	58	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	73	MYORISAN.....	121
MARPLAN.....	99	<i>miconazole 7</i>	73	MYRBETRIQ.....	73
MATULANE.....	22	<i>miconazole nitrate</i>	73, 120	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	77
MAVYRET.....	39, 40	MICRO GUARD.....	120	<i>nabumetone</i>	29
MAXIMUM D3.....	115	MICROGESTIN 1.5/30.....	59	<i>nadolol</i>	46
<i>maxi-tuss ac</i>	90	MICROGESTIN 1/20.....	59	<i>nafcillin sodium</i>	43
<i>maxi-tuss cd</i>	90	MICROGESTIN 24 FE.....	59	NAGLAZYME.....	62
<i>maxi-tuss g</i>	90	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	59	<i>nalbuphine hcl</i>	30
<i>maxi-tuss gmx</i>	90	MICROGESTIN FE 1/20.....	59	<i>naloxone hcl</i>	106
<i>m-clear wc</i>	90	<i>midodrine hcl</i>	50	<i>naltrexone hcl</i>	106
<i>m-dryl</i>	84	<i>miglustat</i>	62	NAMZARIC.....	98
<i>meclizine hcl</i>	67	MILI.....	59	NAPHCN-A.....	77
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 59, 64		<i>milk of magnesia</i>	71	<i>naproxen</i>	29
<i>mefloquine hcl</i>	39	MIMVEY.....	63	<i>naproxen sodium</i>	29
<i>megestrol acetate</i>	20, 64	<i>minocycline hcl</i>	44	<i>naratriptan hcl</i>	104
MEKINIST.....	17	<i>minoxidil</i>	50	<i>nasal decongestant</i>	91
MEKTOVI.....	17	<i>mintox maximum strength</i>	66	<i>nasal decongestant max st</i>	91
<i>melatonin</i>	51, 108	MINTOX PLUS.....	66	<i>nasal decongestant pe</i>	91
<i>meloxicam</i>	29	<i>mirtazapine</i>	99	<i>nasal decongestant spray</i>	91
<i>memantine hcl</i>	98	<i>misoprostol</i>	68	<i>nasal four</i>	91
<i>memantine hcl er</i>	98	MITIGARE.....	33	<i>nasal relief</i>	91
MENACTRA.....	27	M-M-R II.....	27	<i>nasal spray 12 hour</i>	91
MENQUADFI.....	27	<i>m-natal plus</i>	109	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	91
MENVEO.....	27	<i>moexipril hcl</i>	50	NASCOBAL.....	115
MEPHYTON.....	115	<i>molindone hcl</i>	102	NATACYN.....	79
<i>mercaptapurine</i>	21	<i>mometasone furoate</i>	123	<i>nateglinide</i>	54
<i>meropenem</i>	38	MONJUVI.....	17	NATPARA.....	64
<i>mesalamine</i>	69	MONO-LINYAH.....	59	NAYZILAM.....	96
<i>mesalamine er</i>	69	<i>montelukast sodium</i>	87	<i>nebivolol hcl</i>	46
<i>mesalamine-cleanser</i>	69	<i>morphine sulfate</i>	30	NECON 0.5/35 (28).....	59
MESNEX.....	21	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	29	<i>nefazodone hcl</i>	99
METADATE ER.....	107	<i>morphine sulfate (pf)</i>	29, 30	<i>neomycin sulfate</i>	38
<i>metformin hcl</i>	53, 54	<i>morphine sulfate er</i>	30	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	79
<i>metformin hcl er</i>	53	MOVANTIK.....	68	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	78
<i>methadone hcl</i>	30	<i>moxifloxacin hcl</i>	42, 79	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	79
METHADONE HCL INTENSOL.....	30	<i>m-pap</i>	32	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	78, 82
<i>methazolamide</i>	49	MUCINEX CHILDRENS STUFFY		NEPHPLEX RX.....	115
<i>methenamine hippurate</i>	38	NOSE.....	91	NEPHRON FA.....	77
<i>methimazole</i>	51	MUCINEX FAST-MAX CHEST		NERLYNX.....	17
<i>methocarbamol</i>	94	CONG MS.....	91	NEUPRO.....	94
<i>methotrexate</i>	26	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>nevirapine</i>	34
<i>methotrexate sodium</i>	21	COOL.....	91	<i>nevirapine er</i>	34
<i>methotrexate sodium (pf)</i>	21	<i>mucus & chest congestion</i>	91	NEXAVAR.....	17
<i>methyldopa</i>	50	<i>mucus relief chest congestion</i>	91	<i>niacin</i>	116
<i>methylphenidate hcl</i>	107	MULTAQ.....	45	<i>niacin er</i>	116
<i>methylphenidate hcl er</i>	107	<i>multiple vitamins essential</i>	115	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	45
<i>methylprednisolone</i>	64	MULTITRACE-4 NEONATAL.....	112	<i>niacinamide</i>	116
<i>methylprednisolone acetate</i>	64	MULTITRACE-4 PEDIATRIC.....	112	<i>nicardipine hcl</i>	47
<i>methylprednisolone sodium succ</i>	64	MULTITRACE-5.....	112	NICODERM CQ.....	106
<i>metoclopramide hcl</i>	67	<i>multitrace-5 concentrate</i>	112	NICOMIDE.....	116
<i>metolazone</i>	49	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	115	<i>nicotine</i>	106
<i>metoprolol succinate er</i>	46	<i>multivitamin/fluoride</i>	115	<i>nicotine mini</i>	106
<i>metoprolol tartrate</i>	46	<i>multivitamin/fluoride/iron</i>	115	<i>nicotine polacrilex</i>	106
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	46	<i>multi-vitamins</i>	115	<i>nicotine step 1</i>	106
<i>metronidazole</i>	38, 73, 125	<i>mupirocin</i>	122	<i>nicotine step 2</i>	106
<i>metyrosine</i>	50	MURO 128.....	80	<i>nicotine step 3</i>	106

NICOTROL.....	106	NU-MAG.....	111	<i>oyster shell calcium</i>	111
NICOTROL NS.....	106	NUPLAZID.....	102	<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	111
<i>nifedipine er</i>	47	NURTEC.....	104	<i>oyster shell calcium w/d</i>	111
<i>nifedipine er osmotic release</i>	47	NUTRILIPID.....	112	<i>oyster shell calcium/d</i>	111
NIFEREX.....	77	NUZYRA.....	44	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	111
NIKKI.....	59	NYAMYC.....	120	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
<i>nilutamide</i>	20	NYLIA 1/35.....	59	MG/DOSE).....	54
<i>nimodipine</i>	47	NYLIA 7/7/7.....	59	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	54
NINJACOF-XG.....	91	NYMALIZE.....	47	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	54
NINLARO.....	18	NYMYO.....	59	PACERONE.....	45
<i>nitazoxanide</i>	38	<i>nystatin</i>	37, 119, 120	<i>paclitaxel</i>	22
<i>nitisinone</i>	62	NYSTOP.....	120	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	22
NITRO-BID.....	50	OCELLA.....	59	<i>pain & fever childrens</i>	32
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	38	OCTAGAM.....	24	<i>pain & fever infants</i>	32
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	38	<i>octreotide acetate</i>	62	<i>pain relief extra strength</i>	32
<i>nitroglycerin</i>	51	OCUVITE ADULT 50+.....	116	<i>pain relief regular strength</i>	33
<i>nizatidine</i>	65	OCUVITE ADULT FORMULA.....	116	<i>paliperidone er</i>	102
<i>no drip nasal spray</i>	91	ODEFSEY.....	36	<i>pamidronate disodium</i>	64
NORA-BE.....	59	ODOMZO.....	18	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	116
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	59	OFEV.....	86	PANRETIN.....	125
<i>norethindrone</i>	59	<i>ofloxacin</i>	79, 82	<i>pantoprazole sodium</i>	70
<i>norethindrone acetate</i>	64	OGIVRI.....	18	PANZYGA.....	25
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	59	<i>olanzapine</i>	102	PARAPLATIN.....	15
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	63	<i>olmesartan medoxomil</i>	44	<i>paricalcitol</i>	52
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	59	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	48	<i>paromomycin sulfate</i>	38
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	59	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	48	<i>paroxetine hcl</i>	100
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	59	<i>olopatadine hcl</i>	78	PASER.....	35
NORLYROC.....	59	<i>omeprazole</i>	70	PAXIL.....	100
NORPACE CR.....	45	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3).....	55	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	110
NORTREL 0.5/35 (28).....	59	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		PEDIA-LAX.....	71
NORTREL 1/35 (21).....	59	3).....	55	PEDIARIX.....	27
NORTREL 1/35 (28).....	59	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)...	55	<i>pediatric electrolyte</i>	110
NORTREL 7/7/7.....	59	<i>once daily</i>	116	PEDVAX HIB.....	27
<i>nortriptyline hcl</i>	100	<i>once daily/iron</i>	116	<i>peg 3350</i>	71
NORVIR.....	34	<i>ondansetron</i>	67	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	71
<i>norwegian cod liver oil</i>	116	<i>ondansetron hcl</i>	67	<i>peg-3350/electrolytes</i>	71
NOVAFERRUM.....	77	<i>one daily</i>	116	PEGASYS.....	40
NOVAFERRUM 50.....	77	ONTRUZANT.....	18	PEMAZYRE.....	18
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-		ONUREG.....	21	<i>penicillamine</i>	52
IRON.....	116	OPSUMIT.....	50	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	43
NOVAFERRUM PEDIATRIC		ORALYTE.....	110	<i>penicillin g potassium</i>	43
DROPS.....	77	ORALYTE FREEZER POPS.....	110	<i>penicillin g procaine</i>	43
NOVOLIN 70/30.....	55	ORA-PLUS.....	51	<i>penicillin g sodium</i>	43
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	55	ORASEP.....	119	<i>penicillin v potassium</i>	43
NOVOLIN N.....	55	ORGOVYX.....	20	PENTACEL.....	27
NOVOLIN N FLEXPEN.....	55	ORKAMBI.....	86	<i>pentamidine isethionate</i>	38
NOVOLIN R.....	55	ORSYTHIA.....	59	<i>pentoxifylline er</i>	75
NOVOLIN R FLEXPEN.....	55	OS-CAL.....	111	PENTRAVAN.....	125
NOVOLOG.....	55	<i>oseltamivir phosphate</i>	40	PENTRAVAN PLUS.....	125
NOVOLOG FLEXPEN.....	55	<i>oxacillin sodium</i>	43	<i>peptic relief</i>	67
NOVOLOG MIX 70/30.....	55	<i>oxaliplatin</i>	15	<i>perindopril erbumine</i>	50
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN...	55	<i>oxandrolone</i>	52	PERIOGARD.....	119
NOVOLOG PENFILL.....	55	<i>oxcarbazepine</i>	96	PERIOMED.....	119
NOXAFIL.....	37	<i>oxybutynin chloride</i>	74	<i>permethrin</i>	124
NUBEQA.....	20	<i>oxybutynin chloride er</i>	73, 74	<i>perphenazine</i>	102
NUDEXTA.....	103	<i>oxycodone hcl</i>	30	PERSERIS.....	102
NUFERA.....	77	<i>oxycodone-acetaminophen</i>	30	<i>petrolatum</i>	51
NU-IRON.....	77	OXYCONTIN.....	30	PFIZERPEN.....	43
NULOJIX.....	25	OYSCO 500.....	111	<i>pharbedryl</i>	85
NULYTELY LEMON-LIME.....	71	OYSCO 500+D.....	111	PHARBETOL.....	33

PHARBETOL EXTRA STRENGTH	33	pregabalin er	104	qc anti-itch extra strength	120
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	68	prehevbrio	27	qc arthritis pain relief	33
phendimetrazine tartrate	106	PREMASOL	112	qc aspirin	33
phendimetrazine tartrate er	106	prenatal	110, 116	qc calamine	125
phenelzine sulfate	100	prenatal vitamin plus low iron	110	qc childrens allergy	85
phenobarbital	96	prenatal vitamins	116	qc childrens ibuprofen	29
phenobarbital sodium	96	PRESERVISION AREDS	116	qc diarrhea relief	67
phentermine hcl	106	PRESERVISION AREDS 2	116	qc enema	72
PHENYTEK	97	PRESERVISION/LUTEIN	116	qc enteric aspirin	33
phenytoin	97	PREVALITE	45	qc epsom salt	72
phenytoin sodium	97	PREVIFEM	60	qc fexofenadine hydrochloride	85
phenytoin sodium extended	97	PREVYMIS	40	qc fiber laxative	72
PHESGO	18	PREZCOBIX	36	qc gas relief extra strength	68
PHILITH	59	PREZISTA	34	qc gentle laxative	72
phytonadione	116	PRIFTIN	35	qc loratadine allergy relief	85
PIFELTRO	34	primaquine phosphate	39	qc loratadine-d	91
pilocarpine hcl	78, 119	primidone	97	qc miconazole 7	73
pimozide	102	PRIVIGEN	25	qc milk of magnesia	72
PIMTREA	60	probenecid	33	qc natural vegetable	72
pindolol	46	PROCALAMINE	112	qc natural vegetable laxative	72
pioglitazone hcl	54	prochlorperazine	67	qc non-aspirin childrens	33
piperacillin sod-tazobactam so	44	prochlorperazine edisylate	67	qc non-aspirin extra strength	33
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	18	prochlorperazine maleate	67	qc pain relief	33
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	18	PROCRIT	75	qc pain relief childrens	33
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	18	PROCTO-MED HC	125	qc pain relief extra strength	33
PIRMELLA 1/35	60	PROCTO-PAK	125	qc povidone iodine	125
piroxicam	29	PROCTOSOL HC	125	qc stool softener	72
PLASMA-LYTE 148	109	PROCTOZONE-HC	125	qc stool softener pls laxative	72
PLASMA-LYTE A	109	PROGRAF	25	qc suphedrine maximum strength	91
PLENAMINE	112	PROLASTIN-C	86	qc tolinaftate	120
PLENVU	72	PROLENSA	80	qc triple antibiotic max st	122
podofilox	125	PROLIA	64	qc tussin cf	91
poly vitamin	116	PROMACTA	75	qc tussin dm cough/congestion	91
polyethylene glycol 3350	51	promethazine hcl	67	qc tussin mucus/congestion	91
polymyxin b-trimethoprim	79	promethazine-codeine	91	QINLOCK	18
poly-tussin ac	91	promethazine-dm	91	Q-SORB	108
polyvitamin/iron	116	promethazine-phenyleph-codeine	91	Q-SORB CO Q-10	108
POMALYST	22	propafenone hcl	45	QSYMIA	107
PORTIA-28	60	propafenone hcl er	45	QUADRACEL	27
posaconazole	37	proparacaine hcl	80	quetiapine fumarate	102
potassium chloride	109	propranolol hcl	46, 47	quetiapine fumarate er	102
potassium chloride crys er	109	propranolol hcl er	46	quinapril hcl	50
potassium chloride er	109	propylthiouracil	51	quinapril-hydrochlorothiazide	48
potassium chloride in dextrose	109	PROQUAD	27	quinidine sulfate	45
potassium chloride in nacl	109	PROSOL	112	quinine sulfate	39
potassium citrate er	74	protriptyline hcl	100	ra balanced b-100	116
povidone-iodine	125	pseudoeph-bromphen-dm	91	ra balanced b-50	116
PRALUENT	45	pseudoephedrine hcl	91	ra coenzyme q-10	108
pramipexole dihydrochloride	94	pseudoephedrine hcl er	91	ra vitamin b-1	116
prasugrel hcl	77	PULMICORT FLEXHALER	87	ra vitamin b12	116
pravastatin sodium	46	PULMOZYME	86	ra vitamin c cr	116
praziquantel	38	purevit dualfe plus	77	RABAVERT	27
prazosin hcl	46	PURIXAN	21	rabeprazole sodium	70
prednisolone	64	pyrazinamide	35	raloxifene hcl	62
prednisolone acetate	80	pyridostigmine bromide	104	ramipril	50
prednisolone sodium phosphate	64, 80	pyridoxine hcl	116	ranolazine er	50
prednisone	64	qc all day allergy	85	rasagiline mesylate	94
PREDNISONONE INTENSOL	64	qc antacid	66	RAYALDEE	52
preferred plus insulin syringe	55	qc antacid/anti-gas	66	RECLIPSEN	60
pregabalin	97	qc anti-diarrheal	67	RECOMBIVAX HB	27

RECTIV	125	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	92	<i>simvastatin</i>	46
<i>reeses pinworm medicine</i>	38	<i>ropinirole hcl</i>	94	<i>sinus 12 hour</i>	92
REFRESH	80	ROSDAN	125	<i>sinus nasal spray</i>	92
REFRESH CELLUVISC	80	<i>rosuvastatin calcium</i>	46	<i>sinus relief extra strength</i>	92
REFRESH LIQUIGEL	80	ROTARIX	27	<i>sirolimus</i>	26
REFRESH OPTIVE	81	ROTATEQ	27	SIRTURO	35
REFRESH OPTIVE ADVANCED	80	ROWEEPRA	97	SIVEXTRO	38
REFRESH OPTIVE ADVANCED		ROZLYTREK	18	SKYRIZI	24
PF	80	RUBRACA	18	SKYRIZI (150 MG DOSE)	24
REFRESH OPTIVE MEGA-3	81	<i>rufinamide</i>	97	SKYRIZI PEN	24
REFRESH OPTIVE PF	81	RUKOBIA	34	<i>slow release iron</i>	77
REFRESH PLUS	81	RUXIENCE	18	<i>sm 3-day vaginal</i>	73
REFRESH RELIEVA	81	RYBELSUS	54	<i>sm 8 hour pain relief</i>	33
REFRESH TEARS	81	RYDAPT	18	<i>sm all day allergy</i>	85
REGRANEX	121	<i>rynex pse</i>	92	<i>sm all day allergy childrens</i>	85
RELENZA DISKHALER	40	SAJAZIR	75	<i>sm all day allergy-d</i>	92
RELI-ON INSULIN SYRINGE	55	SANDIMMUNE	26	<i>sm allergy childrens</i>	85
RELISTOR	68	SANTYL	121	<i>sm allergy relief</i>	85
REMEDY ANTIFUNGAL	120	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	62	<i>sm animal shapes kids first</i>	116
REMEDY PHYTOPLEX		<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	92	<i>sm antacid advanced</i>	66
ANTIFUNGAL	120	<i>sb lice killing max st</i>	124	<i>sm antacid advanced max st</i>	66
REMICADE	23	<i>sb oyster shell calcium</i>	111	<i>sm antacid maximum strength</i>	66
RENAL	116	SCEMBLIX	18	<i>sm antacid/antigas</i>	66
<i>rena-vite</i>	116	<i>scopolamine</i>	67	<i>sm antibiotic</i>	122
RENFLEXIS	23	SECUADO	103	<i>sm anti-diarrheal</i>	67
<i>reno caps</i>	116	<i>selegiline hcl</i>	94	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	120
<i>repaglinide</i>	54	<i>selenious acid</i>	112	<i>sm antifungal miconazole</i>	120
RESTASIS	81	<i>selenium sulfide</i>	122	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	120
RESTASIS MULTIDOSE	81	SELZENTRY	34, 35	<i>sm anti-itch extra strength</i>	120
RESTORA RX	68	SENEXON-S	72	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	125
RETEVMO	18	<i>senna</i>	72	<i>sm arthritis pain relief</i>	33
REVLIMID	22	<i>senna laxative</i>	72	<i>sm aspirin</i>	33
REXULTI	102	<i>senna plus</i>	72	<i>sm aspirin ec</i>	33
REYATAZ	34	<i>senna s</i>	72	<i>sm athletes foot</i>	120
REZUROCK	25	<i>senna-lax</i>	72	<i>sm b100 complex</i>	116
RHOPRESSA	78	<i>senna-s</i>	72	<i>sm balanced b-50</i>	116
RIABNI	18	<i>senna-tabs</i>	72	<i>sm b-complex</i>	116
<i>ribavirin</i>	40	<i>senna-time</i>	72	<i>sm calamine</i>	125
RID LICE KILLING SHAMPOO	124	<i>senna-time s</i>	72	<i>sm calamine phenolated</i>	125
<i>rifabutin</i>	35	SENNO	72	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	111
<i>rifampin</i>	35	SEREVENT DISKUS	82	<i>sm calcium citrate w/vit d3</i>	111
<i>riluzole</i>	104	<i>sertraline hcl</i>	100	<i>sm calcium-magnesium-zinc</i>	111
<i>rimantadine hcl</i>	40	<i>se-tan plus</i>	77	<i>sm chewable c</i>	116
RINVOQ	23	SETLAKIN	60	<i>sm childrens ibuprofen</i>	29
<i>risedronate sodium</i>	65	<i>sevelamer carbonate</i>	51	<i>sm childrens loratadine</i>	85
RISPERDAL CONSTA	102, 103	SHAROBEL	60	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	73
<i>risperidone</i>	103	SHINGRIX	27	<i>sm coenzyme q-10</i>	108
<i>ritonavir</i>	34	SIGNIFOR	62	<i>sm cough dm</i>	92
RITUXAN	18	<i>silace</i>	72	<i>sm cough dm childrens</i>	92
RITUXAN HYCELA	18	<i>siladryl allergy</i>	85	<i>sm ear drops</i>	126
<i>rivastigmine</i>	98	<i>sildenafil citrate</i>	50	<i>sm enema</i>	72
<i>rivastigmine tartrate</i>	98	<i>silphen dm cough</i>	92	<i>sm fexofenadine hcl</i>	85
RIVELSA	60	<i>siltussin das</i>	92	<i>sm fiber</i>	72
<i>rizatriptan benzoate</i>	104	<i>siltussin dm das</i>	92	<i>sm folic acid</i>	116
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	91	<i>siltussin sa</i>	92	<i>sm gas relief</i>	69
ROBAFEN DM CGH/CHEST		<i>siltussin-dm alcohol free</i>	92	<i>sm gas relief antifatulent</i>	69
CONGEST	91	<i>silver sulfadiazine</i>	122	<i>sm gas relief extra strength</i>	69
ROBAFEN DM COUGH	91	SIMBRINZA	78	<i>sm gas relief infants</i>	69
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMLIYA	60	<i>sm gentle laxative</i>	72
CONGESTION	92	SIMPESSE	60	<i>sm ibuprofen ib</i>	29

<i>sm infants ibuprofen</i>	29	<i>sodium fluoride</i>	110	SUPREP BOWEL PREP KIT	73
<i>sm iron slow release</i>	77	<i>sodium phenylbutyrate</i>	62	SYEDA.....	60
<i>sm lice killing max strength</i>	124	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	52	SYMBICORT	86
<i>sm lice solution kit</i>	124	<i>solifenacin succinate</i>	74	SYMDEKO	86
<i>sm lice treatment</i>	124	SOLQUA.....	55	SYMJEPI	86
<i>sm loratadine</i>	85	SOLTAMOX.....	20	SYMPAZAN	97
<i>sm loratadine allergy relief</i>	85	SOLU-CORTEF	64	SYMTOZA.....	36
<i>sm lorata-dine d</i>	92	SOMATULINE DEPOT	62	SYNAREL	63
<i>sm lubricant eye drops</i>	81	SOMAVERT	62	SYNERCID	38
<i>sm lubricating plus</i>	81	SOOTHE & COOL INZO		SYNJARDY	54
<i>sm lubricating tears</i>	81	ANTIFUNGAL	120	SYNJARDY XR	54
<i>sm magnesium</i>	111	SORINE	45	SYNRIBO	22
<i>sm miconazole 3</i>	73	<i>sotalol hcl</i>	45	SYNTHROID.....	51
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	73	<i>sotalol hcl (af)</i>	45	SYSTANE	81
<i>sm miconazole 7</i>	73	<i>span c</i>	117	SYSTANE BALANCE	81
<i>sm milk of magnesia</i>	72	<i>spironolactone</i>	44	SYSTANE COMPLETE	81
<i>sm multiple vitamins essential</i>	117	<i>spironolactone-hctz</i>	49	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	117	SPRINTEC 28.....	60	THERAPY	81
<i>sm nasal decongestant max st</i>	92	SPRITAM	97	SYSTANE PRESERVATIVE FREE	81
<i>sm nasal decongestant pe</i>	92	SPRYCEL.....	18	SYSTANE ULTRA.....	81
<i>sm nasal spray</i>	92	SPS.....	52	SYSTANE ULTRA PF	81
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	92	SRONYX.....	60	TAB-A-VITE	117
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	92	SSD	122	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	117
<i>sm nasal spray sinus</i>	92	<i>stavudine</i>	35	<i>tab-a-vite/iron</i>	117
<i>sm nicotine</i>	107	STELARA.....	24	TABLOID	21
<i>sm nicotine polacrilex</i>	107	<i>sterile water for irrigation</i>	121	TABRECTA.....	18
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	92	<i>stimulant laxative</i>	72	<i>tacrolimus</i>	26, 125
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	111	STIVARGA.....	18	TAFINLAR	18
<i>sm pain & fever childrens</i>	33	<i>stomach relief</i>	67	TAGRISSO	18
<i>sm pain & fever infants</i>	33	<i>stool softener</i>	72	TALTZ	24
<i>sm pain relief</i>	33	<i>stool softener laxative</i>	72	TALZENNA.....	18
<i>sm pain reliever</i>	33	<i>stool softener plus laxative</i>	73	<i>tamoxifen citrate</i>	20
<i>sm pain reliever ex st</i>	33	<i>streptomycin sulfate</i>	38	<i>tamsulosin hcl</i>	74
<i>sm pediatric electrolyte</i>	110	<i>stress formula</i>	117	TARGRETIN	125
<i>sm povidone-iodine</i>	125	<i>stress formulaliron</i>	117	TARINA 24 FE	60
<i>sm senna laxative</i>	72	STRIBILD	36	TARINA FE 1/20 EQ.....	60
<i>sm senna-s</i>	72	STROVITE FORTE	117	TASIGNA.....	18
<i>sm stomach relief</i>	67	STROVITE ONE	117	<i>tazarotene</i>	122
<i>sm stool softener</i>	72	SUBVENITE	97	TAZICEF	41
<i>sm stool softener/laxative</i>	72	<i>sucralfate</i>	69	TAZORAC	122
<i>sm super b complex/c</i>	117	SUDOGEST	93	TAZTIA XT	47
<i>sm triple antibiotic</i>	122	<i>sudogest 12 hour</i>	92	TAZVERIK.....	19
<i>sm triple antibiotic max st</i>	122	SUDOGEST MAXIMUM		TDVAX.....	27
<i>sm tussin cf</i>	92	STRENGTH	92	TECENTRIQ	19
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	92	<i>sulfacetamide sodium</i>	79	TEFLARO	41
<i>sm tussin dm</i>	92	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	121	<i>telmisartan</i>	44
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	92	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	78	<i>telmisartan-amlodipine</i>	48
<i>sm vit c/rose hips</i>	117	<i>sulfadiazine</i>	38	<i>telmisartan-hctz</i>	48
<i>sm vitamin b1</i>	117	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	38	<i>temazepam</i>	104, 105
<i>sm vitamin b-12</i>	117	SULFAMYLON	122	TEMIXYS	36
<i>sm vitamin b12 tr</i>	117	<i>sulfasalazine</i>	69	TENIVAC	27
<i>sm vitamin b-6</i>	117	<i>sulindac</i>	29	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	35
<i>sm vitamin c</i>	117	<i>sumatriptan</i>	104	TEPMETKO	19
<i>sm vitamin c cr</i>	117	<i>sumatriptan succinate</i>	104	<i>terazosin hcl</i>	46
<i>sm vitamin d3</i>	117	<i>sumatriptan succinate refill</i>	104	<i>terbinafine hcl</i>	37, 120
<i>sm vitamin e</i>	117	<i>sunitinib malate</i>	18	<i>terbutaline sulfate</i>	82
<i>sm zinc gluconate</i>	111	SUPER NU-THERA.....	117	<i>terconazole</i>	73
<i>sodium bicarbonate</i>	66	SUPER QUINTS B-50	117	TESSALON PERLES	93
<i>sodium chloride</i>	92, 109, 121	<i>superplex-t</i>	117	<i>testosterone</i>	52
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	81	<i>suphedrine 12hour</i>	93	<i>testosterone cypionate</i>	52

<i>testosterone enanthate</i>	52	<i>tretinoin</i>	22, 121	<i>tussin dm cough + chest</i>	93
<i>tetrabenazine</i>	104	<i>triamcinolone acetonide</i>	119, 123, 124	<i>tussin dm max</i>	93
<i>tetracycline hcl</i>	44	<i>triamterene-hctz</i>	49	<i>tussin mucus & chest congest</i>	93
THALOMID.....	22	<i>tri-buffered aspirin</i>	33	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	93
THEO-24.....	86	TRICARE.....	110	<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	93
<i>theophylline</i>	87	TRICON.....	77	TWINRIX.....	27
<i>theophylline er</i>	86, 87	TRIDERM.....	124	TYBOST.....	35
THERA.....	117	<i>trientine hcl</i>	52	TYDEMY.....	60
THERATEARS.....	81	TRI-ESTARYLLA.....	60	TYPHIM VI.....	27
THERATEARS PF.....	81	TRIFERIC.....	77	UBRELVY.....	104
THEREMS.....	117	<i>trifluoperazine hcl</i>	103	UDAMIN SP.....	117
<i>thiamine hcl</i>	117	<i>trifluridine</i>	79	UKONIQ.....	19
<i>thiamine mononitrate</i>	117	<i>trigels-f forte</i>	77	<i>ultra lubricating eye drops</i>	81
<i>thioridazine hcl</i>	103	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	94	UNITHROID.....	52
<i>thiothixene</i>	103	TRIJARDY XR.....	54	<i>ursodiol</i>	69
<i>thrivite 19</i>	117	TRIKAFTA.....	87	<i>valacyclovir hcl</i>	40
TIADYLT ER.....	47	TRI-LEGEST FE.....	60	VALCHLOR.....	125
<i>tiagabine hcl</i>	97	TRI-LINYAH.....	60	<i>valganciclovir hcl</i>	40
TIBSOVO.....	19	TRI-LO-ESTARYLLA.....	60	<i>valproate sodium</i>	97
TICOVAC.....	27	TRI-LO-MARZIA.....	60	<i>valproic acid</i>	97
<i>tigecycline</i>	44	TRI-LO-MILI.....	60	<i>valsartan</i>	44
TILIA FE.....	60	TRI-LO-SPRINTEC.....	60	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	48
<i>timolol maleate</i>	47, 78	<i>trimethoprim</i>	39	VALTOCO 10 MG DOSE.....	97
<i>timolol maleate (once-daily)</i>	78	TRI-MILI.....	60	VALTOCO 15 MG DOSE.....	97
TIVICAY.....	35	<i>trimipramine maleate</i>	100	VALTOCO 20 MG DOSE.....	97
TIVICAY PD.....	35	TRINTELLIX.....	100	VALTOCO 5 MG DOSE.....	97
<i>tizanidine hcl</i>	94	TRI-NYMYO.....	60	VANADOM.....	94
<i>tl-hem 150</i>	77	<i>triphrocaps</i>	117	<i>vancomycin hcl</i>	39
TOBRADEX.....	78	<i>triple antibiotic</i>	122	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	39
TOBRADEX ST.....	78	<i>triple antibiotic plus</i>	122	VANDAZOLE.....	73
<i>tobramycin</i>	39, 79	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	122	VAQTA.....	28
<i>tobramycin sulfate</i>	39	TRI-SPRINTEC.....	60	<i>varenicline tartrate</i>	107
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	79	TRIUMEQ.....	36	VARIVAX.....	28
<i>tolnaftate</i>	120	TRIUMEQ PD.....	36	VASCEPA.....	45
<i>tolnaftate antifungal</i>	120	<i>tri-vitamin/fluoride</i>	117	<i>vegetable lax+stool softener</i>	73
<i>tolterodine tartrate</i>	74	TRIVORA (28).....	60	VELCADE.....	19
<i>tolterodine tartrate er</i>	74	TRI-VYLIBRA.....	60	VELIVET.....	61
<i>topiramate</i>	97	TRI-VYLIBRA LO.....	60	VELPHORO.....	51
TOPOSAR.....	22	TROGARZO.....	35	VELTASSA.....	52
<i>toremifene citrate</i>	20	TROPHAMINE.....	112	VEMLIDY.....	40
<i>torsemide</i>	49	<i>tropium chloride</i>	74	VENCLEXTA.....	19
<i>total b/c</i>	117	TRULICITY.....	54	VENCLEXTA STARTING PACK.....	19
TOVIAZ.....	74	TRUMENBA.....	27	<i>venlafaxine hcl</i>	100
TPN ELECTROLYTES.....	109	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE).....	19	<i>venlafaxine hcl er</i>	100
TRADJENTA.....	54	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE).....	19	VENOFER.....	77
TRALEMENT.....	112	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	19	VENTAVIS.....	50
<i>tramadol hcl</i>	30	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	19	VENTOLIN HFA.....	82
<i>tramadol-acetaminophen</i>	30	TRUXIMA.....	19	<i>verapamil hcl</i>	47
<i>trandolapril</i>	50	TUKYSA.....	19	<i>verapamil hcl er</i>	47
<i>tranexamic acid</i>	75	TURALIO.....	19	VERSACLOZ.....	103
<i>tranylcypromine sulfate</i>	100	TUSNEL C.....	93	VERZENIO.....	19
TRAVASOL.....	112	<i>tusnel diabetic</i>	93	VESTURA.....	61
TRAZIMERA.....	19	TUSNEL-EX.....	93	V-GO 20.....	56
<i>trazodone hcl</i>	100	TUSSICAPS.....	93	V-GO 30.....	56
TRECATOR.....	35	<i>tussin cf</i>	93	V-GO 40.....	56
TRELEGY ELLIPTA.....	85	<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	93	VICTOZA.....	54
TRELSTAR MIXJECT.....	20	<i>tussin cough</i>	93	VIENVA.....	61
<i>treprostinil</i>	50	<i>tussin dm</i>	93	<i>vigabatrin</i>	98
TRESIBA.....	56			VIGADRONE.....	98
TRESIBA FLEXTOUCH.....	56			VIIBRYD.....	100

VIIBRYD STARTER PACK.....	100	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)....	98	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
VIMPAT.....	98	XELJANZ.....	24		126
<i>vincristine sulfate</i>	22	XELJANZ XR.....	24	ZOVIA 1/35 (28).....	61
<i>vinorelbine tartrate</i>	23	XENICAL.....	62	ZUMANDIMINE.....	61
<i>viorele</i>	61	XERAC AC.....	125	ZYDELIG.....	20
VIRACEPT.....	35	XERMELO.....	69	ZYKADIA.....	20
VIREAD.....	35	XGEVA.....	65	ZYLET.....	79
<i>virt-caps</i>	117	XIFAXAN.....	69	ZYPREXA RELPREVV.....	103
VIRT-GARD.....	117	XIGDUO XR.....	54		
<i>virtussin a/c</i>	93	XIIDRA.....	81		
<i>virtussin ac w/alc</i>	93	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	40		
<i>virtussin dac</i>	93	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	40		
<i>vita-bee/c</i>	117	XOLAIR.....	87		
VITAFOL.....	117	XOSPATA.....	19		
VITAL-D RX.....	118	XPOVIO (100 MG ONCE			
<i>vitamin a</i>	118	WEEKLY).....	19		
<i>vitamin b-1</i>	118	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	19		
<i>vitamin b-12</i>	118	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	19		
<i>vitamin b-12 er</i>	118	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
<i>vitamin b12 tr</i>	118	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
<i>vitamin b-6</i>	118	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
<i>vitamin c</i>	118	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
<i>vitamin c er</i>	118	XTANDI.....	21		
<i>vitamin c/rose hips tr</i>	118	XULANE.....	61		
<i>vitamin c-rose hips er</i>	118	XULTOPHY.....	56		
<i>vitamin c-rose hips tr</i>	118	XYREM.....	105		
<i>vitamin d</i>	118	YF-VAX.....	28		
<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	118	<i>yl coenzyme q10</i>	108		
<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	118	YUVAFEM.....	63		
<i>vitamin d3</i>	118	ZAFEMY.....	61		
<i>vitamin e</i>	118	<i>zafirlukast</i>	87		
<i>vitamin k1</i>	118	<i>zaleplon</i>	105		
<i>vitamins acd-fluoride</i>	118	ZARXIO.....	75		
<i>vitamins for hair</i>	118	ZEASORB-AF.....	120		
VITRAKVI.....	19	ZEJULA.....	20		
VITREXYL.....	118	ZELBORAF.....	20		
VITREXYL + IRON.....	118	ZEMAIRA.....	87		
VIVITROL.....	107	ZENATANE.....	121		
VIZIMPRO.....	19	ZENPEP.....	69		
<i>voriconazole</i>	37	ZERVIAE.....	78		
VOSEVI.....	40	<i>zidovudine</i>	35		
VOTRIENT.....	19	<i>zinc</i>	111		
<i>vp-vite rx</i>	118	<i>zinc chloride</i>	112		
VRAYLAR.....	103	<i>zinc gluconate</i>	111		
VYFEMLA.....	61	<i>zinc oxide</i>	125		
VYLIBRA.....	61	<i>zinc sulfate</i>	111		
VYZULTA.....	78	<i>ziprasidone hcl</i>	103		
<i>warfarin sodium</i>	75	<i>ziprasidone mesylate</i>	103		
<i>wee care</i>	77	ZIRABEV.....	20		
WELIREG.....	22	ZIRGAN.....	79		
WERA.....	61	<i>zoledronic acid</i>	65		
<i>westab mini</i>	118	ZOLINZA.....	20		
<i>womens laxative</i>	73	<i>zolmitriptan</i>	104		
WYMZYA FE.....	61	<i>zolpidem tartrate</i>	105		
XALKORI.....	19	<i>zonisamide</i>	98		
XARELTO.....	75	<i>zoo friends</i>	119		
XARELTO STARTER PACK.....	75	<i>zoo friends complete</i>	118		
XATMEP.....	26	<i>zoo friends gummies</i>	118		
XCOPRI.....	98	ZORTRESS.....	26		
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)....	98	ZOSTRIX HP.....	126		

Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)

2022 Formulário: Lista de medicamentos cobertos

Em caso de dúvidas, por favor, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira; e das 8h às 12h, ao sábado. Nas tardes de sábado, domingos e feriados, pode ser solicitado a deixar uma mensagem. A sua chamada será devolvida no dia útil seguinte. A chamada é gratuita. TTY: 711. Para obter mais informações, visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 17/5/2022.

H9576_PhmdrugList22 Approved 08/26/2021



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