



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **2025 Formulário: Lista de Medicamentos Abrangidos**

Para informações mais recentes ou outras questões, entre em contacto connosco através do número de telefone 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e, das 8h às 12h, aos sábados, ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 25/11/2025.

Neighborhood INTEGRITY | 2025 *Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos ou 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 e que itens são cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. A *Lista de Medicamentos* também o informa se existem regras ou restrições especiais sobre quaisquer medicamentos cobertos 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).....	4
B1. Que medicamentos prescritos estão na <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> ? (Chamamos à <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i> a " <i>Lista de Medicamentos</i> ", para abreviar).	4
B2. A <i>Lista de Medicamentos</i> é alterada?	5
B3. O que acontece quando há uma alteração na <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	6
B4. Existem restrições ou limites à cobertura de medicamentos ou quaisquer ações necessárias para obter determinados medicamentos?	7
B5. Como saberei se o medicamento que pretendo tem limites ou se são necessárias ações para o obter?.....	8
B6. O que acontece se o Neighborhood INTEGRITY alterar as suas regras relativamente a alguns medicamentos (por exemplo, PA (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições de terapia por etapas)?	8
B7. Como posso encontrar um medicamento na <i>Lista de Medicamentos</i> ?.....	8
B8. E se o medicamento que pretendo tomar não constar da <i>Lista de Medicamentos</i> ?	8
B9. E se eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu medicamento na <i>Lista de Medicamentos</i> ou tiver um problema em obter o meu medicamento?	9
B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?	10

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



B11. Como posso pedir uma exceção?	10
B12. Quanto tempo é necessário para obter uma exceção?	10
B13. O que são os medicamentos genéricos?	10
B14. O que são produtos biológicos originais e qual a sua relação com os biossimilares?.....	11
B15. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?	11
B16. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?.....	11
B17. Qual é o meu copagamento?	11
B18. 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	175



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

A. Isenção de responsabilidade

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

- ❖ O Neighborhood INTEGRITY é um plano de saúde que tem acordo com a Medicare e com a Medicaid de Rhode Island para fornecer benefícios de ambos aos programas aos inscritos.
- ❖ Pode sempre verificar a *Lista de Medicamentos Cobertos* do Neighborhood INTEGRITY online através da página www.nhpri.org/INTEGRITY.
- ❖ Este documento pode ser obtido gratuitamente noutros formatos, como impressão em caracteres grandes, braille ou áudio. Contacte os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896, das 8h00 às 20h00, de segunda a sexta-feira; das 8h00 às 12h00 ao sábado. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. A chamada é gratuita.
- ❖ Este documento está disponível gratuitamente em espanhol, português e khmer.
- ❖ Pode pedir para receber este documento e futuros materiais na sua língua preferida e/ou num formato alternativo, telefonando para os Serviços dos Membros. É o que se designa por "pedido permanente". Os Serviços dos Membros documentarão o seu pedido permanente no seu registo de membro para que possa receber materiais agora e no futuro na sua língua e/ou formato preferido. Pode alterar ou eliminar o seu pedido de permanência em qualquer altura, contactando 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*? (Chamamos à *Lista de Medicamentos Cobertos* a "*Lista de Medicamentos*", para abreviar).

Os medicamentos na *Lista de Medicamentos Cobertos* na secção C são os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Estes medicamentos estão disponíveis nas farmácias da nossa rede. Uma farmácia faz parte da nossa rede se tivermos um acordo com ela para trabalhar connosco e prestar-lhe serviços. Referimo-nos a estas farmácias como "farmácias da rede".

- O Neighborhood INTEGRITY irá cobrir todos os medicamentos medicamento necessários na *Lista de Medicamentos* se:
 - o seu médico ou outro prescritor indicar que precisa deles para melhorar ou manter-se saudável, e
 - aviar a receita numa farmácia da rede Neighborhood INTEGRITY.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para aceder a determinados medicamentos (consulte a pergunta B4 abaixo).

Também pode consultar uma lista atualizada dos medicamentos abrangidos no nosso website em www.nhpri.org/INTEGRITY ou contactar os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

B2. A Lista de Medicamentos é alterada?

Sim, e o Neighborhood INTEGRITY deve seguir as regras do Medicare e do Medicaid de Rhode Island ao efetuar alterações. Podemos acrescentar ou retirar medicamentos da *Lista de Medicamentos* ao longo do ano.

Podemos também alterar as nossas regras em matéria de medicamentos. Por exemplo, podemos:

- Decidir exigir ou não exigir autorização prévia (PA) ou aprovação para um medicamento. (PA é uma autorização do Neighborhood INTEGRITY antes de se poder obter um medicamento).
- Adicionar ou alterar a quantidade de um medicamento que pode obter (os chamados limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas de um medicamento. (A terapia por etapas significa que tem de experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).

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

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

- um medicamento novo e mais barato é lançado no mercado e funciona tão bem como um medicamento atualmente incluído na *Lista de Medicamentos*, **ou**
- ficamos a saber que um medicamento não é seguro, **ou**
- um medicamento é retirado do mercado.

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

- Pode sempre consultar a *Lista de Medicamentos* atualizada do Neighborhood INTEGRITY online em www.nhpri.org/INTEGRITY. As atualizações da *Lista de Medicamentos* são publicadas mensalmente no website.
- Também pode contactar os Serviços dos Membros para verificar a *Lista de Medicamentos* atual através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

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

Algumas alterações à *Lista de Medicamentos* serão efetuadas **imediatamente**. Por exemplo:

- **Substituições de certas versões novas de medicamentos.** Podemos retirar imediatamente os medicamentos da *Lista de Medicamentos* se os substituirmos por determinadas versões novas desse medicamento, mas o seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionamos uma nova versão de um medicamento, podemos também decidir manter o medicamento de marca ou o produto biológico original na lista, mas alterar as suas regras ou limites de cobertura.
 - Poderemos não o informar antes de efetuarmos esta alteração, mas enviar-lhe-emos informações sobre a alteração específica que efetuámos assim que esta ocorrer.
 - Só podemos fazer estas alterações se o medicamento que estamos a adicionar:
 - É uma nova versão genérica de um medicamento de marca, ou
 - É uma determinada nova versão bioequivalente de produtos biológicos originais na *Lista de Medicamentos* (por exemplo, acrescentando um bioequivalente permutável que pode ser substituído por um produto biológico original sem uma nova prescrição).

Alguns destes tipos de medicamentos podem ser novos para si. Para mais informações, consulte a secção B14.

- O utente ou o seu fornecedor podem solicitar uma exceção a estas alterações. Enviar-lhe-emos um aviso com os passos que pode seguir para pedir uma exceção. Para mais informações sobre as exceções, consulte a pergunta B10.
- **Um medicamento é retirado do mercado.** Se a Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA) disser que um medicamento que está a tomar não é seguro ou se o fabricante do medicamento o retirar do mercado, retirá-lo-emos da *Lista de Medicamentos*. Se estiver a tomar o medicamento, enviar-lhe-emos um aviso depois de efetuarmos a alteração. Enviar-lhe-emos uma carta com conselhos sobre como fazer o acompanhamento com o seu fornecedor e farmacêutico.

Podemos fazer outras alterações que afetem os medicamentos que toma. Informá-lo-emos antecipadamente sobre estas outras alterações à *Lista de Medicamentos*. Estas alterações podem ocorrer se:

- A FDA fornecer novas orientações ou existirem novas diretrizes clínicas sobre um medicamento.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Retirarmos um medicamento de marca da *Lista de Medicamentos* quando adicionamos um medicamento genérico que não é novo no mercado, ou
- Retirarmos um produto biológico original ao adicionarmos um biossimilar, ou
- Alterarmos as regras de cobertura ou os limites do medicamento de marca.

Quando estas mudanças acontecerem, iremos:

- informá-lo pelo menos 30 dias antes de efetuarmos a alteração à *Lista de Medicamentos* **ou**
- informá-lo e dar-lhe um fornecimento para 30 dias do medicamento depois de pedir um reabastecimento.

Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Eles podem ajudá-lo a decidir:

- se existe um medicamento semelhante na *Lista de Medicamentos* que possa tomar em vez desse medicamento **ou**
- se deve pedir uma exceção a estas alterações. Para saber mais sobre as exceções, consulte a pergunta B10.

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

Sim, alguns medicamentos têm regras de cobertura ou têm limites para a quantidade que pode obter. Nalguns casos, o utente, o seu médico ou outro prescritor têm de fazer algo antes de poder obter o medicamento. Por exemplo:

- **Autorização prévia (PA) ou aprovação:** Para alguns medicamentos, o utente ou o seu médico ou outro prescritor deve obter uma PA do Neighborhood INTEGRITY antes de aviar a sua receita. O Neighborhood INTEGRITY pode não cobrir o medicamento se não obtiver aprovação.
- **Limites de quantidade:** Por vezes, o Neighborhood INTEGRITY limita a quantidade de um medicamento que se pode obter.
- **Terapia por etapas:** Por vezes, o Neighborhood INTEGRITY exige que se faça uma terapia por etapas. Isto significa que terá de experimentar medicamentos numa determinada ordem para a sua condição médica. Poderá ter de experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento. Se o seu médico considerar que o primeiro medicamento não funciona para si, então cobriremos o segundo.

Para saber se o seu medicamento tem requisitos ou limites adicionais, consulte os quadros da secção C. Também pode obter mais informações visitando o nosso website em



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicámos documentos online que explicam as nossas restrições de PA e terapia por etapas. Pode também pedir-nos que lhe enviemos uma cópia.

Pode solicitar uma exceção a estes limites. Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Podem ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na *Lista de Medicamentos* que possa tomar em vez desse medicamento ou se deve pedir uma exceção. Consulte as perguntas B10-B12 para obter mais informações sobre as exceções.

B5. Como saberei se o medicamento que pretendo tem limites ou se são necessárias ações para o obter?

O quadro de medicamentos na secção C tem uma coluna intitulada "Ações necessárias, restrições ou limites de utilização".

B6. O que acontece se o Neighborhood INTEGRITY alterar as suas regras relativamente a alguns medicamentos (por exemplo, PA (aprovação), limites de quantidade e/ou restrições de terapia por etapas)?

Em alguns casos, informá-lo-emos antecipadamente se adicionarmos ou alterarmos PA, limites de quantidade e/ou restrições de terapia por etapas de um medicamento. Consulte a pergunta B3 para obter mais informações sobre este aviso prévio e as situações em que podemos não ser capazes de o informar antecipadamente quando mudam as nossas regras sobre os medicamentos da *Lista de Medicamentos*.

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

Há duas maneiras de encontrar um medicamento:

- Pode pesquisar por ordem alfabética pelo nome do medicamento, **ou**
- Pode pesquisar por condição médica.

Para pesquisar por **ordem alfabética**, consulte a secção Índice dos Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-la na secção D.

Para pesquisar **por condição médica**, procure a secção intitulada "Medicamentos agrupados por condição médica" na secção C1. Os medicamentos desta secção estão agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas que são utilizadas para tratar. Por exemplo, se sofre de uma doença cardíaca, deve procurar na categoria **Cardiovascular**. É aí que se encontram os medicamentos que tratam os problemas cardíacos.

B8. E se o medicamento que pretendo tomar não constar da *Lista de Medicamentos*?

Se não encontrar o seu medicamento na *Lista de Medicamentos*, contacte os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TDD 711) e pergunte. Se souber que o Neighborhood INTEGRITY não irá cobrir o medicamento, pode fazer uma destas coisas:

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Peça aos Serviços dos Membros uma lista de medicamentos como o que pretende tomar. Depois, mostre a lista ao seu médico ou a outro prescritor. O médico pode prescrever um medicamento da *Lista de Medicamentos* que seja semelhante ao que pretende tomar. **Ou**
- Pode pedir ao plano de saúde que abra uma exceção para cobrir o seu medicamento. Consulte as perguntas B10-B12 para obter mais informações sobre as 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 um problema em obter o meu medicamento?

Nós podemos ajudar. Podemos cobrir um fornecimento temporário de 30 dias do seu medicamento da Parte D ou um fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto pelo Medicaid de Rhode Island durante os primeiros 90 dias em que é membro do Neighborhood INTEGRITY. Isto dar-lhe-á tempo para falar com o seu médico ou outro prescritor. Podem ajudá-lo a decidir se existe um medicamento semelhante na *Lista de Medicamentos* que possa tomar em vez desse medicamento ou se deve pedir uma exceção.

Se a sua receita for passada para menos dias, permitiremos vários reabastecimentos para fornecer até um máximo de 30 dias de medicação.

Cobriremos um fornecimento de 30 dias do seu medicamento da Parte D ou um fornecimento de 90 dias do seu medicamento coberto pelo Medicaid de Rhode Island se:

- está a tomar um medicamento que não consta da nossa *Lista de Medicamentos*, **ou**
- as regras do plano de saúde não lhe permitem receber a quantidade pedida pelo seu prescritor, **ou**
- o medicamento requer PA pelo Neighborhood INTEGRITY, **ou**
- está a tomar um medicamento que faz parte de uma restrição da terapia por etapas.

Se estiver num lar de idosos ou noutro estabelecimento de cuidados prolongados e precisar de um medicamento que não conste da *Lista de Medicamentos* ou se não conseguir obter facilmente o medicamento de que necessita, nós podemos ajudar. Se estiver inscrito no plano há mais de 90 dias, viver num centro de cuidados prolongados e necessitar de um fornecimento imediato:

- Cobriremos um fornecimento de 31 dias do medicamento que precisa (a menos que tenha uma receita para menos dias), quer seja ou não um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



- Isto para além do fornecimento temporário durante os primeiros 90 dias em que é Membro do Neighborhood INTEGRITY.

As transições de Nível de Cuidados são permitidas para membros com alta de um centro de cuidados prolongados nos últimos 30 dias. Cobriremos um fornecimento cumulativo de 30 dias do medicamento que precisa, quer seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

As transições de Nível de Cuidados também são permitidas para membros admitidos numa unidade de cuidados prolongados nos últimos 30 dias. Cobriremos um fornecimento cumulativo de 31 dias do medicamento que precisa (os limites de abastecimento são aplicáveis a certos medicamentos de marca), quer seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

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

Sim. Pode pedir ao Neighborhood INTEGRITY para abrir uma exceção para cobrir um medicamento que não esteja na *Lista de Medicamentos*.

Pode também pedir-nos para alterar as regras relativas ao seu medicamento.

- Por exemplo, o Neighborhood INTEGRITY pode limitar a quantidade de um medicamento que cobriremos. Se o seu medicamento tiver um limite, pode pedir-nos para alterar o limite e cobrir mais.
- Outros exemplos: Pode pedir-nos para eliminar as restrições de terapia por etapas ou os requisitos de PA.

B11. Como posso pedir uma exceção?

Para pedir uma exceção, ligue para os Serviços dos Membros. Os Serviços dos Membros trabalharão consigo e com o seu fornecedor para o ajudar a pedir uma exceção. Pode também ler o Capítulo 9 do *Manual do Membro* para saber mais sobre as exceções.

B12. Quanto tempo é necessário para obter uma exceção?

Depois de recebermos uma declaração do seu prescritor a apoiar o seu pedido de exceção, dar-lhe-emos uma decisão no prazo de 72 horas. O seu prescritor deve enviar a declaração por fax para o número 1-855-829-2875.

Se o utente ou o seu prescritor considerarem que a sua saúde pode ser prejudicada se tiver de esperar 72 horas por uma decisão, pode solicitar uma exceção acelerada. Trata-se de uma decisão mais rápida. Se o seu prescritor apoiar o seu pedido, dar-lhe-emos uma decisão no prazo de 24 horas após a receção da declaração de apoio do seu prescritor.

B13. O que são os medicamentos genéricos?

Os medicamentos genéricos são compostos pelos mesmos ingredientes ativos que os medicamentos de marca. Normalmente, custam menos do que o medicamento de marca e, em geral, funcionam igualmente bem. Normalmente não têm nomes conhecidos. Os medicamentos genéricos são aprovados pela Agência Federal de Medicamentos e Segurança Alimentar (FDA).

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Existem medicamentos genéricos disponíveis para muitos medicamentos de marca. Normalmente, os medicamentos genéricos podem ser substituídos por medicamentos de marca na farmácia sem uma nova prescrição - dependendo das leis estaduais.

O Neighborhood INTEGRITY cobre tanto os medicamentos de marca como os genéricos.

B14. O que são produtos biológicos originais e qual a sua relação com os biossimilares?

Quando nos referimos a medicamentos, isto pode significar um fármaco ou um produto biológico. Os produtos biológicos são medicamentos mais complexos do que os medicamentos normais. Uma vez que os produtos biológicos são mais complexos do que os medicamentos típicos, em vez de terem uma forma genérica, têm formas que são designadas por biossimilares. Geralmente, os biossimilares funcionam tão bem como o produto biológico original e podem custar menos. Existem alternativas biossimilares para alguns produtos biológicos originais. Alguns biossimilares são biossimilares permutáveis e, dependendo das leis estatais, podem ser substituídos pelo produto biológico original na farmácia sem necessidade de uma nova prescrição, tal como os medicamentos genéricos podem ser substituídos por medicamentos de marca.

Para mais informações sobre os tipos de medicamentos, consulte o Capítulo 5 do *Manual do Membro*.

B15. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?

OTC significa "medicamento de venda livre" (over-the-counter). O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns medicamentos OTC quando são escritos como prescrições pelo seu fornecedor.

Pode ler a Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY para saber quais os medicamentos OTC cobertos.

B16. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns produtos OTC não medicamentosos quando são escritos como prescrições pelo seu fornecedor.

Exemplos de produtos OTC não medicamentosos incluem certos produtos para análise de urina ou de sangue, certos agentes aromatizantes ou corantes que podem ser adicionados a medicamentos líquidos e certas bases de creme utilizadas para a composição.

Pode ler a Lista de Medicamentos do Neighborhood INTEGRITY para saber que produtos OTC não medicamentosos estão cobertos.

B17. Qual é o meu copagamento?

Como Membro do Neighborhood INTEGRITY, não tem copagamento para medicamentos prescritos e OTC, desde que siga as regras do Neighborhood INTEGRITY.



Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.

B18. O que são níveis de medicamentos?

Os níveis são grupos de medicamentos da nossa *Lista de Medicamentos*. Todos os níveis não têm copagamentos no seu plano Neighborhood INTEGRITY.

- Os medicamentos do nível 1 são medicamentos genéricos.
- Os medicamentos do nível 2 são medicamentos genéricos.
- Os medicamentos do nível 3 são medicamentos não abrangidos pelo Medicare e medicamentos e produtos OTC não cobertos pelo Medicare.

C. Visão geral da *Lista de Medicamentos Cobertos*

A *Lista de Medicamentos Cobertos* dá-lhe informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver dificuldade em encontrar o seu medicamento na lista, consulte o Índice de Medicamentos Cobertos que começa na secção D. O índice lista alfabeticamente todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

Nota: O símbolo **DP** ao lado de um medicamento significa que o medicamento não é um "medicamento da Parte D". O montante que paga quando aviar uma receita médica para este medicamento não conta para os seus custos totais com medicamentos (ou seja, o montante que paga não o ajuda a qualificar-se para a cobertura de catástrofe).

A **Ajuda Extra** é um programa do Medicare que ajuda as pessoas com rendimentos e recursos limitados a reduzir os custos dos medicamentos sujeitos a receita médica da Parte D do Medicare, tais como prémios, franquias e copagamentos. A Ajuda Extra é também designada por "Subsídio de Baixo Rendimento" ou "LIS".

- Além disso, se estiver a receber Ajuda Extra para pagar as suas receitas médicas, não receberá qualquer Ajuda Extra para pagar estes medicamentos. Para mais informações sobre a Ajuda Extra, consulte a caixa de chamada acima.
- Estes medicamentos também têm regras diferentes para os recursos. Um recurso é uma forma formal de nos pedir para revermos uma decisão de cobertura e para a alterarmos se considerarmos que cometemos um erro. Por exemplo, podemos decidir que um medicamento que pretende não está coberto ou já não está coberto pelo Medicare ou pelo Medicaid de Rhode Island.
- Se o utente ou o seu prescriptor não concordar com a nossa decisão, pode recorrer. Para pedir instruções sobre como recorrer, contacte os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896. Pode também ler o Capítulo 9 do *Manual do Membro* para saber como recorrer de uma decisão.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



C1. Medicamentos agrupados por condição médica

Os medicamentos desta seção estão agrupados em categorias, dependendo do tipo de condições médicas que são utilizadas para tratar. Por exemplo, se sofre de uma doença cardíaca, deve procurar na categoria **Cardiovascular**. É aí que se encontram os medicamentos que tratam os problemas cardíacos.

Segue-se o significado dos códigos utilizados na coluna "Ações necessárias, restrições ou limites de utilização":

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

ST = Terapia por etapas: tem de experimentar outro medicamento antes de poder tomar este.

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

B/D = Este medicamento pode ser coberto pelo Medicare Parte B ou D. Dependendo das circunstâncias, pode ser necessária uma autorização prévia (aprovação). Poderá ser necessário apresentar informações que descrevam por que razão e onde (em que contexto) está a utilizar 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.

A primeira coluna da tabela indica o nome do medicamento. Os medicamentos de marca são apresentados em maiúsculas (por exemplo, SYNTHROID) e os medicamentos genéricos são apresentados em itálico e em minúsculas (por exemplo, *levotiroxina*). A informação na coluna "Ações necessárias, restrições ou limites de utilização" diz-lhe se o Neighborhood INTEGRITY tem alguma regra para cobrir o seu medicamento.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml, 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
FRINDOVYX INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/2ML, 2 GM/4ML, 500 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vivimusta intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
Agentes Alvo Moleculares		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK ORAL THERAPY PACK 0.8 & 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 pacote a cada 28 dias); NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 cápsulas a cada 25 dias); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BRUKINSA ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (168 cápsulas a cada 28 dias); NDS
GOMEKLI ORAL CAPSULE 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
GOMEKLI ORAL TABLET SOLUBLE 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (168 comprimidos a cada 28 dias); NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HERNEXEOS ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); 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; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
IBTROZI ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (216ml a cada 27 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (280ml a cada 28 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (49 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (70 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (91 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (140 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1260ml a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>nilotinib hcl oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 cápsulas a cada 28 dias); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (96ml a cada 28 dias); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROMVIMZA ORAL CAPSULE 14 MG, 20 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cápsulas a cada 28 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (336 pacotes a cada 28 dias); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (224 cápsulas a cada 28 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 21 dias); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (64 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 pacotes a cada 28 dias); 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; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300ml a cada 30 dias); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ABIRTEGA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 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; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); 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 1)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
YONSA ORAL TABLET 125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Agentes De Proteção		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antimetabólitos		
<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; QL (5 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (100 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (80 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>mercaptopurine oral suspension 2000 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 2)	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; QL (14 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
MODEYSO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (20 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Imunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
Inibidores Mitóticos		
<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
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 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
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
<i>adalimumab-aacf (2 pen) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 canetas a cada 365 dias); NDS
<i>adalimumab-aacf (2 syringe) subcutaneous prefilled syringe kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 seringas a cada 365 dias); NDS
<i>adalimumab-aacf(cd/uc/hs str) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
<i>adalimumab-aacf(ps/uv starter) subcutaneous auto-injector kit 40 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
COSENTYX (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32 seringas a cada 365 dias); NDS
COSENTYX INTRAVENOUS SOLUTION 125 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
COSENTYX SENSOREADY (300 MG) SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32 canetas a cada 365 dias); NDS
COSENTYX SENSOREADY PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32 canetas a cada 365 dias); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32 seringas a cada 365 dias); NDS
COSENTYX SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 seringas a cada 365 dias); NDS
COSENTYX UNOREADY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 canetas a cada 365 dias); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cartuchos a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 canetas a cada 365 dias); NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PYZCHIVA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias)
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias)
PYZCHIVA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (168 comprimidos por ano); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 cartucho a cada 30 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 365 dias); NDS
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TREMFYA CROHNS INDUCTION SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 28 dias); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TREMFYA ONE-PRESS SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
TREMFYA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 28 dias); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 24 dias); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
YESINTEK INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias)
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
YESINTEK SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
Imunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$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, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Imunossupressores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
<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; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<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
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Vacinas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5- 18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15- 5	\$0 (Nível 1)	
DENGVAIXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lf/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML	\$0 (Nível 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58- 10	\$0 (Nível 1)	
IPOLE INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nível 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
<i>penmenvy intramuscular suspension reconstituted</i>	\$0 (Nível 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	QL (2 ampolas por vida)
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nível 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nível 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nível 1)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
VIMKUNYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 40 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 1)	
VIVOTIF ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE	\$0 (Nível 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 1)	
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<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>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>ft ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ibuprofen infants 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
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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>meijer ibuprofen oral tablet 200 mg</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 dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<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>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen oral tablet 200 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 Opioides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 2 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 (900ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
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 pensos a cada 28 dias)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (450ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
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 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 650 mg/20.3ml, 80 mg/2.5ml</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
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$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 adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 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, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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>ft 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$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 oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 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, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</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 adults oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$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 pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml</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>mapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg</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
<i>pain relief oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 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 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 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 reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</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 capsule 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
EDURANT PED ORAL TABLET SOLUBLE 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
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)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 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)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (400ml a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
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
SUNLENCA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<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)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	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)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
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; NDS
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df 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</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>emtricitab- rilpivir-tenofov df oral tablet 200-25-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
KALETRA ORAL SOLUTION 400-100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
<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, 200-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 675-150 MG, 800-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>triumeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
Antifúngicos		
<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>casposfungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 28 dias); NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Infeciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (672 comprimidos por ano); NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300ml a cada 30 dias)
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; 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</i>	\$0 (Nível 1)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (12 comprimidos por ano); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (12 comprimidos a cada 90 dias)
<i>ivermectin oral tablet 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 comprimidos a cada 90 dias)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	QL (1800ml a cada 30 dias); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 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 comprimidos a cada 30 dias); 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)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<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)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<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)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<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, 1.25 gm, 1.5 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 cápsulas a cada 180 dias)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (160 cápsulas a cada 180 dias)
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</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</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 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	ST; 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (336 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (168 cápsulas por ano)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (84 cápsulas todos os anos)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1080ml todos os anos)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 1)	QL (40 comprimidos a cada 90 dias)
PAXLOVID (300/100 & 150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 6 X 150 MG & 5 X 100MG	\$0 (Nível 1)	QL (22 comprimidos a cada 90 dias)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 90 dias)
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 comprimidos a cada 28 dias); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores todos os anos)
<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)	
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 (1 pastilha a cada 180 dias)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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, 2 gm, 3 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml), 3-2 gm-%(50ml)</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)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</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 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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<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)	
<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 ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fidaxomicin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
Fluoroquinolones		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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 PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 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 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 potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</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)	NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 14 dias); NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
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)	
<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 comprimidos a cada 30 dias)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nível 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nível 1)	
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nível 2)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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)	
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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (240 cápsulas a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sacubitril-valsartan oral tablet 24-26 mg, 49-51 mg, 97-103 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
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 cápsulas a cada 30 dias)
<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>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 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)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
<i>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)	QL (450ml a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>bosentan oral tablet soluble 32 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
UPTRAVI ORAL TABLET 1000 MCG, 1200 MCG, 1400 MCG, 1600 MCG, 400 MCG, 600 MCG, 800 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
UPTRAVI ORAL TABLET 200 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (140 comprimidos a cada 28 dias); NDS
UPTRAVI TITRATION ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 800 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 pacote a cada 28 dias); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 106 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (224 cápsulas a cada 28 dias); NDS
YUTREPIA INHALATION CAPSULE 26.5 MCG, 53 MCG, 79.5 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (140 cápsulas a cada 28 dias); 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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nível 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CLEODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc petroleum jelly external gel 99.89 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Da Tireoide		
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
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 (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	\$0 (Nível 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Analógicos De Vitamina 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
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<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 gramas a cada 30 dias)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (150 gramas a cada 30 dias)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	PA
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nível 2)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 pensos a cada 24 dias)
CEQR SIMPLICITY INSERTER	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 insensores por ano)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	PA

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nível 2)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nível 2)	PA
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA
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
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 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO GEN5 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	PA
SOLILUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 25 dias)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 30 dias)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	\$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>brillyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
CHATEAL EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CRYSSELLE-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 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nível 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nível 1)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$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</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)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nível 3)	DP
FEIRZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
FEIRZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
GALBRIELA ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 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)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$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)	
JAIMIESS ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 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, 90-20 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)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	\$0 (Nível 2)	
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)	
LOJAIMIESS ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$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)	
LUIZZA 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LUIZZA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>maxx</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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)	
MELEYA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	\$0 (Nível 2)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</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</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)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
ORQUIDEA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nível 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nível 1)	
ROSYRAH 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)	
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)	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDDERED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX-NONNOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nível 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nível 1)	
VALTYA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
VALTYA 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nível 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<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)	
XARAH FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
XELRIA 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; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<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; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	\$0 (Nível 2)	PA
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; 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; 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, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>nitrofurantoin oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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; 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; NDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA
ZELVYSIA ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Estrogénios		
ABIGALE LO ORAL TABLET 0.5-0.1 MG	\$0 (Nível 2)	
ABIGALE ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$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 10 mg/ml, 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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 phos (pf) injection solution prefilled syringe 10 mg/ml</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>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 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, 5 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)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>orlistat oral capsule 120 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
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
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Progestinos		
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 1)	
<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)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nível 1)	ST
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BONSITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 560 MCG/2.24ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<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
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 dias)
<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)	ST
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 560 mcg/2.24ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
WYOST SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
zoledronic acid intravenous solution 5 mg/100ml	\$0 (Nível 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml	\$0 (Nível 1)	
famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	
famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%	\$0 (Nível 1)	
nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml	\$0 (Nível 3)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid & antigas oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid calcium oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
calcium antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>geri-lanta oral suspension 1200-1200-120 mg/30ml, 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-mox oral suspension 200-200-20 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
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense advanced antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/10ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$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 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAOX ORAL TABLET 420 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid oral tablet chewable 500 mg</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>sb antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUMS ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stomach relief 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 loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</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>gnp pink bismuth ultra str oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 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>qc stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb anti-diarrhea oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</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 extra strength oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief ultra oral suspension 525 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 cápsulas a cada 30 dias)
<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 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 solution 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 pensos a cada 30 dias)
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</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nível 2)	
<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>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</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 infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</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
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; 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 extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>infants gas relief 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 cápsulas a cada 30 dias)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nível 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nível 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 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 capsule 180 mg</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>teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VOWST ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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, 60000-189600 UNIT	\$0 (Nível 2)	
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; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<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 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1680ml a cada 28 dias)
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 supositórios a cada 30 dias)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (28 frascos a cada 28 dias)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Inibidores Da Bomba De Protões		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<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 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dss oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$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 KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$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
EVAC ORAL POWDER	\$0 (Nível 3)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fiber oral powder 28.3 %</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
<i>ft clearlax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gavilax oral packet 17 gm, 8.5 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$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>gentlelax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-kot oral tablet 8.6 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
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</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 senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 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
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 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>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 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
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX DOCUSATE SODIUM ORAL LIQUID 50 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX SENNA ORAL SYRUP 8.8 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 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)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 mineral oil heavy oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc psyllium fiber oral powder 43 %</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
<i>qc vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senexon-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>senna-lax 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-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
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SENOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 43 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber powder oral powder 25 %</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, 250 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</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

GENITOURINÁRIO

Anti-Infecções Vaginais

<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>7 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 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</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
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 VAGINAL CREAM 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc 3 day vaginal cream 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</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)	
Antispasmódicos		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (300ml a cada 28 dias)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<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/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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>rivaroxaban oral suspension reconstituted 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	QL (620ml a cada 30 dias)
<i>rivaroxaban oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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 (620ml a cada 30 dias)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (51 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (24 caixas a cada 30 dias); 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; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 ampolas a cada 30 dias); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (20 ampolas a cada 30 dias); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
SIKLOS ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	
SIKLOS ORAL TABLET 1000 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); 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		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
CENTRATEX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
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
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</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
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE) ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nível 3)	PA; DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg, 324 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate er oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 mg/6.8ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 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 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 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
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$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
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron folate plus oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron folate-f oral capsule 125-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET	\$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
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ONE VITE FERROUS SULFATE ORAL SOLUTION 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) 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>sm slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$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)	
<i>ticagrelor oral tablet 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVATE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
Antiglaucoma		
<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 2-0.5 %</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)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$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)	
<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)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12ml a cada 30 dias)
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)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$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)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
XDEMVY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</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)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>artificial tears ophthalmic solution , 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 2)	
BION TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0 (Nível 2)	
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$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
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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 RELIEVA PF 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 dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
SOOTHE XP OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
STYE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.6 %	\$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 HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$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 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 SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ÓTICO		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nível 1)	
<i>fluocinolone acetate 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, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<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)	ST; QL (2 inaladores a cada 30 dias)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores a cada 30 dias)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 placas de comprimidos a cada 30 dias)
<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>12hr allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	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>allergy (cetirizine) oral tablet 10 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 solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy oral capsule 25 mg</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 (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg</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, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</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 alrly 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 oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<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>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 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>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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy 24 hour oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief 12 hour oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 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 solution 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 child oral solution 5 mg/5ml</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 fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbecchlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb loratadine oral tablet 10 mg</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 all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 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 solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>total allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (4 inaladores a cada 28 dias)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<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/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
Combinações Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 1)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nível 1)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
ALYFTREK ORAL TABLET 10-50-125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ALYFTREK ORAL TABLET 4-20-50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<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
EASIVENT	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
<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)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nível 3)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MICROCHAMBER	\$0 (Nível 3)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nível 3)	DP
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nível 3)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (56 comprimidos por ano)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</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; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 ampolas a cada 28 dias); NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Esteróides Inalantes		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 inalações a cada 30 dias)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Esteróides Nasais		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 frascos a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1 frasco a cada 30 dias)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32ml a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<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>4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ALAVERT ALLERGY/SINUS 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 12 hour 5-120 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/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aquanaz oral tablet 10-15-400 mg</i>	\$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 liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens mucus relief cough oral liquid 5-100 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft 12 hour cough relief oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mucus relief 12hr max str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft nasal decongestant max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft tussin adult oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-tussin oral liquid 100 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal four spray nasal solution 1 %</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 pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</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 max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</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 mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli 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
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nível 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</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>maxifed oral tablet 60-360 mg</i>	\$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>meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 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 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
<i>nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oxymetazoline hcl nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 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 mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 30 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 dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin expectorant adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</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 ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$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 12hr nasal spray nasal solution 0.05 %</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>sb cough control oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb cougtab oral tablet 200 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 loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</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 mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 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 tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml, 20-200 mg/20ml</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 max oral liquid 20-400 mg/20ml</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
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
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 DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$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 20-400 mg/20ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</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
VANACOF DM ORAL LIQUID 10-18-200 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); 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, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (240ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>eslicarbazepine acetate oral tablet 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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 1)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (720ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 cápsulas a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<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)	ST
<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 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)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 unidades nasais a cada 30 dias)
<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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>perampanel oral tablet 10 mg, 12 mg, 4 mg, 6 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>perampanel oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1500ml a cada 30 dias)
<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; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
<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</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 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 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 (2400ml a cada 30 dias); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nível 2)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 películas a cada 30 dias); NDS
<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, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</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)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 2 X 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nível 2)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<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)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	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)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<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, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<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 (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (200ml a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl er oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 21-10 mg, 28-10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 pensos a cada 30 dias)
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)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); 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 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
RALDESY ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1800ml a cada 30 dias)
<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 cápsulas a cada 30 dias)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 14 dias); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 cápsulas a cada 14 dias); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 56 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 28 dias); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
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 (1 seringa a cada 56 dias); NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 351 MG/2.25ML	\$0 (Nível 2)	QL (2 seringas por ano); NDS
ERZOFRI INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias)
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FANAPT TITRATION PACK A ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
FANAPT TITRATION PACK B ORAL TABLET 1 & 2 & 6 & 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
FANAPT TITRATION PACK C ORAL TABLET 1 & 2 & 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 180 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 90 dias); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
LYBALVI ORAL TABLET 10-10 MG, 15-10 MG, 20-10 MG, 5-10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 ampolas a cada 1 dia)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
OPIPZA ORAL FILM 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 películas a cada 30 dias); NDS
OPIPZA ORAL FILM 2 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 películas a cada 30 dias); NDS
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 injeções a cada 28 dias)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240ml a cada 30 dias)
<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)	ST; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<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 (600ml a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (6 injeções a cada 3 dias)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); 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 1)	
NUDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<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 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<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 (8ml a cada 30 dias); NDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 seringas a cada 30 dias)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 30 dias)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 30 dias)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (40 comprimidos a cada 28 dias)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 unidades a cada 30 dias)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 unidades a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
UBRELVY ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
Hipnóticos		
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 seringas a cada 28 dias); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
COPAXONE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 canetas a cada 365 dias); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (540ml a cada 30 dias); NDS
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</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 tablet disintegrating soluble 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 películas a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 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>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</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</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KLOXXADO NASAL LIQUID 8 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<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 0.4 mg/ml, 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, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$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 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 pacotes todos os anos)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias)
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 cápsulas a cada 30 dias)
<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 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1800ml a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 maximum strength oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 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
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-glutamine oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 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 in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</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)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nível 2)	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Oraís		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nível 1)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>westab plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
Eletrólitos		
ADVANTAGE CARE ELECTROLYTE PED ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
BIOLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
CERALYTE 70 ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
CERASPORT EX1 ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
CERASPORT ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs ped electrolyte freeze pop oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp electrolyte solution oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>h-e-b oral electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral electrolytes oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oralyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ped electrolyte freeze pops oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ped electrolyte freezer pops oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA VANCE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REHYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>truelyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Minerais		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cal-citrate plus vitamin d oral tablet 250-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + d3 oral tablet 250-3 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 1000 + d oral tablet 1000-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 1200 oral tablet chewable 1200-1000 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500/vitamin d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d high potency oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium gluconate oral capsule 50 mg</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 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg, 333-133-8.3 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-5 mcg, 333-133-5-3.33 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3 oral tablet 333 mg-133 mg-5 mg-1.7 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cal-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE 600+D PLUS MINERALS ORAL TABLET 600-800 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE 600+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE 600+D3 SOFT ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE BONE HEALTH ORAL TABLET CHEWABLE 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CALTRATE MINIS PLUS MINERALS ORAL TABLET 300-800 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chelated magnesium oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium + d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium 600 & vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium 600 + d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium 600+d oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium 600+d+minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fem-cal citrate oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$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 gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-TAB SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 84 MG (7MEQ)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORAZINC ORAL CAPSULE 220 (50 ZN) MG	\$0 (Nível 3)	DP
ORAZINC ORAL TABLET 110 (25 ZN) MG	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL CALCIUM + D3 ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL EXTRA D3 ORAL TABLET 500-15 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OS-CAL ORAL TABLET CHEWABLE 500-15 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRONUTRIENTS CALCIUM+D3 ORAL TABLET 600-20 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium citrate plus vit d oral tablet 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ra natural magnesium oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra zinc oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 (15 ZN) MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oral tablet 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) 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

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	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
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nível 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
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		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>abc complete senior 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>abc complete senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>actical oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE ENERGY 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE EVERYDAY IMMUNE HEALTH ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MENS COMPLETE MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MENS GUMMY MULTIVITAMINS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE ONCE DAILY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE MV ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS GUMMY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALLBEE/C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
AMLADEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>antioxidant a/c/e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antioxidant formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
APETIBEX ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
APPE-CURB ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA-E ORAL LIQUID 50.25 MG/ML (75 UT/ML)	\$0 (Nível 3)	DP
AQUASOL A INTRAMUSCULAR SOLUTION 50000 UNIT/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ascorbic acid injection solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ascorbic acid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH CYCLE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
AZO HORMONAL HEALTH HAPPY CYCL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 2000 mcg, 50 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BABY DDROPS ORAL LIQUID 10 MCG /0.028ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>baby super daily d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>baby vitamin d3 oral liquid 10 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bariatric multivitamins/iron oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-D-MULSION FORTE ORAL LIQUID 50 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-D-MULSION ORAL LIQUID 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin oral capsule 1 mg, 10 mg, 5 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biotin oral tablet 1000 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>body/hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BONEUP 3 PER DAY ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
BONEUP ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
BONEUP VEGETARIAN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bp vit 3 oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED MULTI-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA D-VITE ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML, 11 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c 1000 oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c 500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-1000 oral tablet 1000 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-250 oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500 oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500 oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-500/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>centavite a-z complete-mineral oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>centravites 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>centravites adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>centravites oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ADULT ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CENTRUM ADULTS MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ADULTS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM CARDIO ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM MINIS ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM MINIS WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER MEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>childrens gummies 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
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE KIDS COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-MV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs adult 50+ eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin nasal solution 500 mcg/0.1ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$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>daily combo multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DDROPS ORAL LIQUID 25 MCG /0.028ML, 50 MCG /0.028ML	\$0 (Nível 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX MULTITAM ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$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
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$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
DODEX INJECTION SOLUTION 1000 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>eqi biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi century mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi century mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi century oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi child multivitamin/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi vitamin e oral capsule 400 unit</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
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE , 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FLINTSTONES PLUS EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$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
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folika-bc oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	PA; DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	PA; DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$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)	PA; DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>full spectrum b1/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp one daily mens/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin a oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair skin & nails advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hair skin nails oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HARD NAILS ORAL CAPSULE 2.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy eyes supervision 2 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>healthy kids gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>high potency multivit/ifa oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>high potency multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm complete men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm complete women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HONEY BEARS W/IRON-ZINC ORAL TABLET CHEWABLE 30-200-3	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hylazinc oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$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 MV ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate 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 oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mega biotin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>megavite golden years 55+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens 50+ multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi complete/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins/womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins-minerals oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivit/multimineral adult oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin drops/iron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/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>multi-vitamin/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mvw hi-d adek gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION MINI ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW MODULATOR FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRONEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 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>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily womens 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY JOLLY RANCHER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OSTEOPRIME PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitalfe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$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>plain niacin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
POLY-VI-FLOR ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VI-SOL ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VI-SOL/IRON ORAL SOLUTION 11 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vita oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vite pediatric oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-viteliron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg, 6.75-0.2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal/iron oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2+MULTI VIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROSIGHT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PROTECT CARDIO AF ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROTECT PLUS SO ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROTEGRA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens vitamins/extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc daily multivitamin/multimineral oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc daily multivitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc multi-vite 50 & over oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA FE PEDIATRIC ORAL LIQUID 0.25-9.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML, 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
QUFLORA PEDIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>quin b strong oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>quintabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>quintabs-m oral tablet</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 b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra b-complex with b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra biotin oral capsule 2500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RA CENTRAL-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra central-vite womens mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra no flush niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra one daily mens/vit d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rena-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>reno caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senior tabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SLO-NIACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete senior formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm opti-vitamins 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 b complex/vitamin c oral tablet</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 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</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, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) 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
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 4000 ORAL TABLET 100 MCG (4000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D RAPID REPLETION ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERAGRAN-M ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERAGRAN-M ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERAGRAN-M PREMIER ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml, 200 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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>tm-daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tm-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-vite/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true vitamin b12 oral tablet 1000 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true vitamin b6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true vitamin e oral capsule 450 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA BONEUP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra freedal/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
UPSPRING BABY VIT D ORAL LIQUID 10 MCG /0.025ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision formula/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabex plus oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew adult multi vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew multiple vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitachew vit c citrus burst oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAJoy DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
VITAJoy MULTI GUMMIES ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b complex oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-12 oral tablet dispersible 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c er oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c gummies oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet 100 mg, 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 50 mcg (2000 ut), 50000 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH ORAL LIQUID 25 MCG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 1000 unit, 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 125 mcg/0.5ml, 125 mcg/ml, 25 mcg/spray, 30 mcg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut), 75 mcg (3000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e high potency oral capsule 90 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITRAMYN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	PA; DP
<i>vitrum 50+ senior multi oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
WEEKLY-D ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wescaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>westab max oral tablet 2.5-25-2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>westab one oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens 50+ multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens daily form/fal/calfe oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multivitamin + collagen oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>xcellent a 3000 oral capsule 3000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>xcellent a 7500 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVS VITAMIN C ZERO ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVSKIDS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
TÓPICO		
Agentes De Boca/Garganta/Dentários		
<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 pastilhas a cada 30 dias)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
<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		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$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>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>baza antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ciclopirox external shampoo 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 gramas a cada 30 dias)
<i>ciclopirox olamine external suspension 0.77 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clotrimazole anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
CRITIC-AID CLEAR AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>econazole nitrate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (85 gramas a cada 30 dias)
<i>ft antifungal external cream 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft athletes foot (clotrimaz) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazorb af external powder 2 %</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>goodsense athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate external solution 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
MYCOZYL AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<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 tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolinaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolinaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRIPLE PASTE AF EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (46,6 gramas a cada 30 dias)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clindamycin phos (once-daily) external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75ml a cada 30 dias)
<i>clindamycin phos (twice-daily) external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 gramas a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 compressas a cada 30 dias)
<i>erythromycin external gel 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118ml a cada 30 dias)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nível 2)	QL (180 gramas a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 (60ml a cada 30 dias)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50ml a cada 30 dias)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (30 gramas a cada 30 dias)
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<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>goodsense first aid antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (220 gramas a cada 30 dias)
<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
<i>sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nível 2)	QL (453,6 gramas a cada 30 dias)
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit</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 cream 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120ml a cada 30 dias)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias); NDS
<i>tazarotene external cream 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<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 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<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 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (454 gramas a cada 30 dias)
<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)	QL (454 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, Escabícidias E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft 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>goodsense lice killing external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 4-0.33 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<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 treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</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 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin hp external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs dry skin therapy external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
D-CERIN EXTERNAL CREAM 33 %	\$0 (Nível 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 28 dias)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eucerin advanced repair external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (40 gramas a cada 30 dias)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (10ml a cada 30 dias)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
HIBICLENS EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 pacotes a cada 30 dias)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief max st external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)

PA - Autorização prévia QL - Limites de quantidade ST - Terapia por etapas B/D - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados DP - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (7ml a cada 28 dias)
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm benzoin tincture nfxi external tincture</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
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nível 3)	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft earwax removal 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
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
MURINE EAR WAX REMOVAL SYSTEM OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

PA - Autorização prévia **QL** - Limites de quantidade **ST** - Terapia por etapas **B/D** - Coberto pelo Medicare B ou D
NDS - Fornecimento em dias não alargados **DP** - O medicamento não é da Parte D

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	105	ADACEL.....	31	ALECENSA.....	14
12 hour nasal decongestant.....	105	adalimumab-aacf (2 pen).....	27	alendronate sodium.....	74
12 hour nasal spray.....	105	adalimumab-aacf (2 syringe).....	27	aler-cap.....	97
12hr allergy relief.....	97	adalimumab-aacf(cd/uc/hs strt).....	27	alfuzosin hcl er.....	87
1st base.....	58	adalimumab-aacf(psl/uv starter).....	27	aliskiren fumarate.....	56
24hr allergy relief.....	97	adapalene.....	167	ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	138
3 day vaginal.....	85	adefovir dipivoxil.....	46	ALIVE ENERGY 50+.....	138
4-WAY FAST ACTING.....	105	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	138	ALIVE EVERYDAY IMMUNE	
50+ adult eye health.....	137	ADEMPAS.....	57	HEALTH.....	138
600+d3.....	131	ADIPEX-P.....	74	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	138
7 day vaginal.....	85	ADMELOG.....	62	ALIVE MENS 50+.....	138
8 hr arthritis pain relief.....	36	ADMELOG SOLOSTAR.....	62	ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	138
a thru z advanced.....	137	adult one daily gummies.....	138	ALIVE MENS GUMMY	
a thru z high potency.....	137	ADVAIR HFA.....	101	MULTIVITAMINS.....	138
a thru z select.....	137	ADVANCED MULTI EA.....	138	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	138
a thru z select 50+ advanced.....	137	ADVANTAGE CARE		ALIVE MULTI-VITAMIN	
a thru z select 50+ mens.....	137	ELECTROLYTE PED.....	130	CHILDRENS.....	138
a thru z select advanced.....	137	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	101	ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	138
a thru z select ultimate women.....	137	AEROCHAMBER MV.....	101	ALIVE ULTRA POTENCY	
a thru z ultimate mens.....	137	AEROCHAMBER PLS FLOVU		WOMENS 50+.....	138
a-10000.....	137	MTHPIECE.....	101	ALIVE WOMENS 50+.....	138
a-25.....	137	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE	
abacavir sulfate.....	40	INTERM.....	101	MV.....	138
abacavir sulfate-lamivudine.....	42	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS 50+ GUMMY....	138
abc complete senior 50+.....	138	LARGE.....	101	ALIVE WOMENS ENERGY.....	138
abc complete senior mens 50+.....	138	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS GUMMY.....	138
abc complete senior womens 50+.....	138	MEDIUM.....	102	all day allergy.....	98
ABIGALE.....	72	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		all day allergy childrens.....	97
ABIGALE LO.....	72	SMALL.....	102	all day allergy d.....	105
ABILIFY ASIMTUFII.....	119	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU		ALLBEE/C.....	138
ABILIFY MAINTENA.....	119		102	all-day allergy childrens.....	98
abiraterone acetate.....	23	AEROCHAMBER		aller-chlor.....	98
ABIRTEGA.....	23	W/FLOWSIGNAL.....	102	allergy.....	98
ABRYSVO.....	31	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS....	102	allergy (cetirizine).....	98
acamprosate calcium.....	125	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		allergy 24-hr.....	98
acarbose.....	60	CHAMBR.....	102	allergy childrens.....	98
ACCUTANE.....	167	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy rel child (loratadine).....	98
acebutolol hcl.....	53	PLUS/LARGE.....	102	allergy relief.....	98
acerola c-500.....	138	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy relief (loratadine).....	98
acetaminophen.....	37	PLUS/MEDIUM.....	102	allergy relief cetirizine.....	98
acetaminophen 8 hour.....	36	AEROCHAMBER Z-STAT		allergy relief childrens.....	98
acetaminophen childrens.....	36, 37	PLUS/SMALL.....	102	allergy relief d.....	105
acetaminophen er.....	37	AEROVENT PLUS.....	102	allergy relief d-12.....	105
acetaminophen extra strength.....	37	AFIRMELLE.....	64	allergy relief d-24.....	105
acetaminophen infants.....	37	AIMOVIG.....	123	allergy relief/nasal decongest.....	105
acetaminophen-codeine.....	35	aimsco lubricated.....	64	allergy/congestion relief.....	105
acetazolamide.....	56	AIRBORNE.....	138	allopurinol.....	40
acetazolamide er.....	55	AIRBORNE GUMMIES.....	138	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	75
acetic acid.....	87, 97	AIRBORNE KIDS.....	138	alosetron hcl.....	78
acetylcysteine.....	101	AIRSUPRA.....	101	alprazolam.....	116
acitretin.....	168	AKEEGA.....	23	ALTAVERA.....	64
ACTHIB.....	31	ala-cort.....	169	alum & mag hydroxide-simeth.....	75
actical.....	138	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	105	aluminum hydroxide gel.....	75
ACTIMMUNE.....	30	albendazole.....	43	ALUNBRIG.....	14
active fe.....	89	albuterol sulfate.....	97	ALVAIZ.....	88
ACTIVNUTRIENTS.....	138	albuterol sulfate hfa.....	97	ALVESCO.....	104
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	138	alclometasone dipropionate.....	169	alyacen 1/35.....	64
acyclovir.....	46	ALCON TEARS.....	94	alyacen 7/7/7.....	64
acyclovir sodium.....	46	ALDURAZYME.....	70	ALYFTREK.....	102

ALYGLO.....	30	AQUA-E.....	139	AYVAKIT.....	15
ALYQ.....	57	aquanaz.....	105	az cream.....	58
amantadine hcl.....	115	AQUASOL A.....	139	azacitidine.....	25
ambrisentan.....	57	aqueous vitamin d.....	139	azathioprine.....	30
AMETHIA.....	64	ARALAST NP.....	102	azelastine hcl.....	92, 98
AMETHYST.....	64	ARANELLE.....	64	azithromycin.....	49
amikacin sulfate.....	43	ARBEM H-COSMETIC.....	58	AZO HORMONAL HEALTH	
amiloride hcl.....	56	ARBEM LIOPEN.....	58	CYCLE CARE.....	139
amiloride-hydrochlorothiazide.....	56	ARCALYST.....	30	AZO HORMONAL HEALTH	
amiodarone hcl.....	52	AREXVY.....	31	HAPPY CYCL.....	139
amitriptyline hcl.....	117	ARIKAYCE.....	43	aztreonam.....	43
AMLADEX.....	138	aripiprazole.....	119	AZURETTE.....	64
amlodipine besy-benazepril hcl.....	55	ARISTADA.....	119	b complex.....	139
amlodipine besylate.....	54	ARISTADA INITIO.....	119	b complex vitamins.....	139
amlodipine besylate-valsartan.....	55	armodafinil.....	125	b complex-c.....	139
amlodipine-olmesartan.....	55	ARNUIITY ELLIPTA.....	104	b complex-c-folic acid.....	139
ammonium lactate.....	170	arthritis pain relief.....	37	b1.....	139
AMNESTEEM.....	167	arthritis pain reliever.....	37	b-1.....	139
amoxapine.....	117	arthritis pain relieving.....	171	b-12.....	139
amoxicillin.....	50	artificial tears.....	94	b-12 tr.....	139
amoxicillin-pot clavulanate.....	50	ascorbic acid.....	139	b-6.....	139
amoxicillin-pot clavulanate er.....	50	asenapine maleate.....	119	b6 natural.....	139
amphetamine-dextroamphet er.....	127	ASHLYNA.....	64	BABY DDROPS.....	139
amphetamine-dextroamphetamine.....	127	aspirin.....	37	baby super daily d3.....	139
amphotericin b.....	43	aspirin adult low dose.....	37	baby vitamin d3.....	139
amphotericin b liposome.....	43	aspirin adult low strength.....	37	bacitracin.....	93, 168
ampicillin.....	50	aspirin ec adult low dose.....	37	bacitracin zinc.....	168
ampicillin sodium.....	50	aspirin ec low strength.....	37	bacitracin zinc-aloe.....	168
ampicillin-sulbactam sodium.....	50	aspirin low dose.....	37	bacitracin-polymyxin b.....	93
anagrelide hcl.....	88	aspirin regimen.....	37	bacitra-neomycin-polymyxin-hc.....	93
anastrozole.....	23	aspirin-dipyridamole er.....	92	baclofen.....	116
ANORO ELLIPTA.....	101	ASSURE ID INSULIN SAFETY		BACMIN.....	139
antacid.....	75	SYR.....	62	BAFIERTAM.....	124
antacid & antigas.....	75	ASTAGRAF XL.....	30	balance b-50.....	139
antacid calcium.....	75	atazanavir sulfate.....	40	balsalazide disodium.....	80
antacid calcium rich.....	75	atenolol.....	53	BALVERSA.....	15
antacid maximum strength.....	75	atenolol-chlorthalidone.....	53	BALZIVA.....	64
antacid regular strength.....	75	athletes foot (clotrimazole).....	165	BANOPHEN.....	98, 171
antacid/antigas.....	75	athletes foot (terbinafine).....	165	BARACLUDE.....	46
anti-diarrheal.....	76	athletes foot powder spray.....	166	bariatric multivitamins/iron.....	139
antifungal.....	165	atomoxetine hcl.....	127	BASAGLAR KWIKPEN.....	62
anti-fungal.....	165	atorvastatin calcium.....	53	BASE PCCA CLARIFYING.....	58
antifungal (clotrimazole).....	165	atovaquone.....	43	baza antifungal.....	166
antifungal (tolnaftate).....	165	atovaquone-proguanil hcl.....	46	bcg vaccine.....	31
antifungal clotrimazole.....	165	atropine sulfate.....	94	b-complex (folic acid).....	139
anti-itch.....	170	ATROVENT HFA.....	97	b-complex balanced.....	139
antioxidant.....	139	AUBRA EQ.....	64	b-complex/b-12.....	139
anti-oxidant.....	139	AUGTYRO.....	14	b-complex/vitamin c.....	139
antioxidant a/c/e/selenium.....	139	AUROVELA 1/20.....	64	b-complex-c.....	140
antioxidant formula.....	139	AUROVELA 24 FE.....	64	b-complex-c (w/folic acid).....	140
antioxidant vitamins.....	139	AUROVELA FE 1.5/30.....	64	benazepril hcl.....	57
antiseptic skin cleanser.....	171	AUROVELA FE 1/20.....	64	benazepril-hydrochlorothiazide.....	55
APETIBEX.....	139	AUSTEDO.....	122	bendamustine hcl.....	14
APHEN.....	37	AUSTEDO XR.....	122, 123	BENDEKA.....	14
APPE-CURB.....	139	AUSTEDO XR PATIENT		BENLYSTA.....	30, 31
aprepitant.....	78	TITRATION.....	123	BENZEFOAM.....	167
APRI.....	64	AUVELITY.....	117	BENZEPRO.....	167
APTIOM.....	112	AVIANE.....	64	benzoin.....	171
APTIVUS.....	40	AVMAPKI FAKZYNJA CO-PACK.....	15	benzonatate.....	105
AQUA GLYCOLIC FACE.....	171	AYUNA.....	64	benzoyl peroxide-erythromycin.....	167

<i>benzphetamine hcl</i>	74	BREATHERITE VALVED MDI		<i>calcium 600 + d</i>	131
<i>benztropine mesylate</i>	115	CHAMBER.....	102	<i>calcium 600 high potency</i>	131
BERINERT.....	88	BREO ELLIPTA.....	101	<i>calcium 600/vitamin d</i>	132
BESIVANCE.....	93	BREYNA.....	101	<i>calcium 600/vitamin d3</i>	132
BESREMI.....	25	BREZTRI AEROSPHERE.....	101	<i>calcium 600+d</i>	132
<i>beta care</i>	171	<i>briellyn</i>	64	<i>calcium 600+d high potency</i>	132
BETA XMA.....	171	BRILINTA.....	92	<i>calcium 600+d3</i>	132
BETADINE.....	171	<i>brimonidine tartrate</i>	92	<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	132
<i>betaine</i>	70	<i>brinzolamide</i>	92	<i>calcium antacid</i>	75
<i>betamethasone dipropionate</i>	169	BRIVIACT.....	112	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	132
<i>betamethasone dipropionate aug</i> ..	169	<i>bromfenac sodium</i>	94	<i>calcium carbonate</i>	132
<i>betamethasone valerate</i>	169	<i>bromocriptine mesylate</i>	115	<i>calcium carbonate antacid</i>	75
BETASERON.....	124	BRUKINSA.....	15	<i>calcium citrate</i>	132
<i>betaxolol hcl</i>	53, 92	<i>budesonide</i>	80, 104	<i>calcium citrate + d</i>	132
<i>bethanechol chloride</i>	87	<i>budesonide er</i>	80	<i>calcium citrate + d3</i>	132
BETOPTIC-S.....	92	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	101	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	132
<i>better b complex</i>	140	<i>bumetanide</i>	56	<i>calcium citrate plus/magnesium</i>	132
BEVESPI AEROSPHERE.....	101	<i>buprenorphine</i>	36	<i>calcium citrate+d3</i>	132
<i>bexarotene</i>	25, 171	<i>buprenorphine hcl</i>	125	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	132
BEXSERO.....	32	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>		<i>calcium citrate-vitamin d</i>	132
<i>bicalutamide</i>	23		125, 126	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	132
BICILLIN L-A.....	50	<i>bupropion hcl</i>	117	<i>calcium creamies</i>	132
BIKTARVY.....	42	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	126	<i>calcium gluconate</i>	132
BINAXNOW COVID-19 AG HOME		<i>bupropion hcl er (sr)</i>	117	<i>calcium high potency</i>	132
TEST.....	44	<i>bupropion hcl er (xl)</i>	117	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	132
BIO-35 GLUTEN-FREE.....	140	<i>buspirone hcl</i>	116	<i>calcium lactate</i>	132
<i>biocal</i>	140	<i>butenafine hcl</i>	166	<i>calcium oyster shell</i>	132
BIO-D-MULSION.....	140	<i>butorphanol tartrate</i>	35	<i>calcium plus vitamin d</i>	133
BIO-D-MULSION FORTE.....	140	<i>c 1000</i>	140	<i>calcium plus vitamin d3</i>	133
BIOLYTE.....	130	<i>c 500</i>	140	<i>calcium+d3</i>	133
BION TEARS PF.....	94	<i>c-1000</i>	140	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	133
<i>biotin</i>	140	<i>c-1000/rose hips</i>	140	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	133
<i>biotin maximum strength</i>	140	<i>c-250</i>	140	<i>calcium-magnesium-zinc-vit d3</i>	133
<i>bisacodyl</i>	81	<i>c-500</i>	140	CAL-GEST ANTACID.....	75
<i>bisacodyl ec</i>	81	<i>c-500/rose hips</i>	140	<i>cal-mint</i>	133
<i>bisacodyl laxative</i>	81	<i>cabergoline</i>	70	CALMOSEPTINE.....	171
<i>bismuth</i>	76	CABOMETYX.....	15	CALQUENCE.....	15
<i>bismuth subsalicylate</i>	77	<i>calamine</i>	171	CALTRATE 600+D PLUS	
<i>bisoprolol fumarate</i>	53	<i>calamine phenolated</i>	171	MINERALS.....	133
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>calamine-zinc oxide</i>	171	CALTRATE 600+D3.....	133
BIVIGAM.....	30	CALCIDOL.....	140	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	133
BLISOVI 24 FE.....	64	<i>calcipotriene</i>	168, 169	CALTRATE BONE HEALTH.....	133
BLISOVI FE 1.5/30.....	64	<i>calcitonin (salmon)</i>	74	CALTRATE MINIS PLUS	
<i>body/hair/skin/nails</i>	140	CALCITRATE.....	131	MINERALS.....	133
BONEUP.....	140	<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	131	CAMILA.....	65
BONEUP 3 PER DAY.....	140	CALCITRENE.....	169	CAMRESE.....	65
BONEUP VEGETARIAN.....	140	<i>calcitriol</i>	60	CAMRESE LO.....	65
BONSITY.....	74	<i>calcium</i>	132	<i>candesartan cilexetil</i>	51
BOOSTRIX.....	32	<i>calcium + d3</i>	131	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	55
<i>bortezomib</i>	15	<i>calcium + vitamin d3</i>	131	<i>capcof</i>	105
<i>bosentan</i>	57	<i>calcium 1000 + d</i>	131	CAPLYTA.....	119
BOSULIF.....	15	<i>calcium 1200</i>	131	CAPRELSA.....	15
<i>bp vit 3</i>	140	<i>calcium 500 + d</i>	131	<i>capsaicin</i>	171
BPROTECTED MULTI-VITE.....	140	<i>calcium 500 + d3</i>	131	<i>capsaicin hp</i>	171
BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	140	<i>calcium 500/d</i>	131	<i>capsaicin pain relief</i>	171
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE		<i>calcium 500/vitamin d</i>	131	<i>captopril</i>	57
.....	140	<i>calcium 500+d</i>	131	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	55
BPROTECTED PEDIA POLY-		<i>calcium 500+d high potency</i>	131	CAPZASIN-HP.....	171
VITE/FE.....	140	<i>calcium 500+d3</i>	131	<i>carbamazepine</i>	112
BRAFTOVI.....	15	<i>calcium 600</i>	131	<i>carbamazepine er</i>	112

<i>carbidopa-levodopa</i>	115	CENTRUM SILVER ULTRA		<i>ciclopirox</i>	166
<i>carbidopa-levodopa er</i>	115	WOMENS.....	141	<i>ciclopirox olamine</i>	166
<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	116	CENTRUM SILVER WOMEN 50+..	141	<i>cilostazol</i>	88
<i>carboplatin</i>	14	CENTRUM SPECIALIST HEART..	141	CILOXAN.....	93
<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	94	CENTRUM SPECIALIST VISION..	141	CIMDUO.....	42
<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	94	CENTRUM ULTRA WOMENS.....	141	<i>cinacalcet hcl</i>	70
CARESTART COVID-19 HOME		CENTRUM WOMEN.....	141	<i>ciprofloxacin hcl</i>	49, 93
TEST.....	44	<i>century</i>	141	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	49
<i>carglumic acid</i>	70	<i>century mature</i>	141	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	97
<i>carisoprodol</i>	116	<i>cephalexin</i>	48, 49	<i>cisplatin</i>	14
<i>carteolol hcl</i>	92	CEQUR SIMPLICITY 2U.....	62	<i>citalopram hydrobromide</i>	117
CARTIA XT.....	54	CEQUR SIMPLICITY INSERTER....	62	CITRACAL MAXIMUM.....	133
<i>carvedilol</i>	53	CERALYTE 70.....	130	CITRACAL MAXIMUM PLUS.....	133
<i>caspofungin acetate</i>	43	CERASPORT.....	130	CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	133
<i>castellani paint modified</i>	166	CERASPORT EX1.....	130	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	133
CAYSTON.....	44	CERAVE MOISTURIZING.....	171	CLARAVIS.....	167
<i>c-chewable</i>	140	CERAVE SA ROUGH & BUMPY		<i>clarithromycin</i>	49
<i>cefactor</i>	47	SKIN.....	171	<i>clarithromycin er</i>	49
<i>cefadroxil</i>	47, 48	CERDELGA.....	70	<i>classic prenatal</i>	142
<i>cefazolin sodium</i>	48	CEREZYME.....	70	CLEAR EYES NATURAL TEARS....	94
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	48	CEROVITE JR.....	141	CLEARLAX.....	81
<i>cefdinir</i>	48	CEROVITE SENIOR.....	141	CLEODERM.....	58
<i>cefepime hcl</i>	48	CERTA-VITE.....	141	CLEVER CHOICE HOLDING	
<i>cefixime</i>	48	CERTAVITE SENIOR.....	141	CHAMBER.....	102
<i>cefotetan disodium</i>	48	CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	44
<i>cefoxitin sodium</i>	48	SENIOR/ANTIOXIDANT.....	141	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	44
<i>cefpodoxime proxetil</i>	48	CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	141	<i>clindamycin phos (once-daily)</i>	167
<i>cefprozil</i>	48	CETAPHIL MOISTURIZING.....	171	<i>clindamycin phos (twice-daily)</i>	167
<i>ceftazidime</i>	48	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	171	<i>clindamycin phosphate</i>	44, 85, 167
<i>ceftriaxone sodium</i>	48	<i>cetirizine hcl</i>	98	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	44
<i>cefuroxime axetil</i>	48	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	98	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	44
<i>cefuroxime sodium</i>	48	<i>cetirizine hcl childrens</i>	98	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	137
<i>celecoxib</i>	34	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	98	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)....	137
<i>centavite a-z complete-mineral</i>	140	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	105	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	137
CENTRATEx.....	89	<i>cevimeline hcl</i>	165	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	137
<i>centravites</i>	140	<i>charcoal</i>	70	<i>clanimix/dextrose (6/5)</i>	137
<i>centravites 50 plus</i>	140	CHATEAL EQ.....	65	<i>clanimix/dextrose (8/10)</i>	137
<i>centravites adults</i>	140	<i>chelated magnesium</i>	133	<i>clanimix/dextrose (8/14)</i>	137
CENTRUM.....	141	CHEMET.....	60	CLINISOL SF.....	137
CENTRUM ADULT.....	140	<i>chest congestion relief</i>	105	CLINITEST RAPID COVID-19	
CENTRUM ADULTS.....	141	<i>chest congestion relief dm</i>	105	TEST.....	44
CENTRUM ADULTS		<i>childrens acetaminophen</i>	37	CLINOLIPID.....	137
MULTIGUMMIES.....	141	<i>childrens animal shapes</i>	141	<i>clobazam</i>	112
CENTRUM CARDIO.....	141	<i>childrens apap</i>	37	<i>clobetasol propionate</i>	169
CENTRUM FLAVOR BURST		<i>childrens chew multivitamin</i>	141	<i>clobetasol propionate e</i>	169
ADULT.....	141	<i>childrens chewable vitamins</i>	141	<i>clomipramine hcl</i>	117
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS		<i>childrens gummies</i>	142	<i>clonazepam</i>	112
.....	141	<i>childrens ibuprofen</i>	34	<i>clonidine</i>	56
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+...	141	<i>childrens loratadine</i>	98	<i>clonidine hcl</i>	56
CENTRUM FRESH/FRUITY		<i>childrens mucus relief cough</i>	105	<i>clopidogrel bisulfate</i>	92
ADULT.....	141	<i>chlorhexidine gluconate</i>	165, 171	<i>clorazepate dipotassium</i>	112
CENTRUM KIDS.....	141	<i>chlorhist</i>	98	CLORPACTIN.....	171
CENTRUM MEN.....	141	<i>chloroquine phosphate</i>	46	<i>clotrimazole</i>	85, 165, 166
CENTRUM MINIS ADULTS 50+....	141	<i>chlorpheniramine maleate</i>	98	<i>clotrimazole 3</i>	85
CENTRUM MINIS WOMEN 50+....	141	<i>chlorthalidone</i>	56	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	166
CENTRUM SILVER.....	141	<i>cholestyramine</i>	52	<i>clotrimazole athletes foot</i>	166
CENTRUM SILVER 50+MEN.....	141	<i>cholestyramine light</i>	52	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	166
CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	141	CHROMAGEN.....	89	<i>clozapine</i>	119, 120
CENTRUM SILVER ADULT 50+...	141	<i>chromic chloride</i>	136	<i>co q 10</i>	128
CENTRUM SILVER MEN 50+.....	141			<i>co q10</i>	128

<i>co q-10</i>	128	<i>cough dm</i>	105	<i>cvs one daily essential</i>	143
COARTEM.....	46	<i>cough dm childrens</i>	105	<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	143
COBENFY.....	120	<i>covid-19 at-home test</i>	44	<i>cvs one daily mens formula</i>	143
COBENFY STARTER PACK.....	120	<i>cream base</i>	58	<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	143
<i>coconut oil beauty</i>	171	CREON.....	79	<i>cvs one daily womens formula</i>	143
<i>cod liver oil</i>	142	CRITIC-AID CLEAR AF.....	166	<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	133
<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	142	<i>cromolyn sodium</i>	79, 92, 102	<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	130
<i>coditussin ac</i>	105	CRYSELLE-28.....	65	<i>cvs pediatric electrolyte</i>	130
<i>coditussin dac</i>	105	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	142	<i>cvs pinworm treatment</i>	44
<i>coenzyme q-10</i>	128	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC- MV.....	142	<i>cvs slow release dried iron</i>	89
<i>co-enzyme q10</i>	128	CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV.....	142	<i>cvs slow release iron</i>	89
COLACE.....	81	<i>cupric chloride</i>	137	<i>cvs spectravite adult 50+</i>	143
COLACE 2-IN-1.....	81	<i>cvs adult 50+ eye health</i>	142	<i>cvs spectravite adults</i>	143
COLACE CLEAR.....	81	CVS AIRSHIELD.....	142	<i>cvs spectravite advanced</i>	143
<i>colchicine</i>	40	CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT.....	142	<i>cvs spectravite men</i>	143
<i>colchicine-probenecid</i>	40	<i>cvs b complex plus c</i>	142	<i>cvs spectravite men 50+</i>	143
<i>colesevelam hcl</i>	52	<i>cvs b-1</i>	142	<i>cvs spectravite senior</i>	143
<i>colestipol hcl</i>	52	<i>cvs b-12</i>	142	<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	143
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	44	<i>cvs b6</i>	142	<i>cvs spectravite ultra mens</i>	143
COMBIGAN.....	92	<i>cvs biotin</i>	142	<i>cvs spectravite ultra women</i>	143
COMBIVENT RESPIMAT.....	101	<i>cvs biotin high potency</i>	142	<i>cvs spectravite women</i>	143
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE).....	15	<i>cvs calcium + d3</i>	133	<i>cvs spectravite women 50+</i>	143
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE).....	15	<i>cvs calcium 600 & vitamin d3</i>	133	<i>cvs spectravite womens senior</i>	143
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	15	<i>cvs calcium 600 + d/minerals</i>	133	<i>cvs super b complex/c</i>	143
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE.....	62	<i>cvs calcium 600+d</i>	133	<i>cvs vision health</i>	143
COMPACT SPACE CHAMBER.....	102	<i>cvs calcium carbonate</i>	133	<i>cvs vitamin b12</i>	143
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK.....	102	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	133	<i>cvs vitamin b-12</i>	143
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK.....	102	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	142	<i>cvs vitamin c</i>	143
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK.....	102	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	142	<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	143
<i>companion</i>	142	<i>cvs childrens complete</i>	142	<i>cvs vitamin d3</i>	143
COMPETE.....	142	<i>cvs coenzyme q-10</i>	128	<i>cvs vitamin e</i>	143
COMPLERA.....	42	<i>cvs coq-10</i>	128	<i>cvs womens active daily</i>	143
<i>complete allergy medicine</i>	98	<i>cvs cough dm</i>	106	<i>cvs womens daily gummies</i>	143
<i>complete allergy relief</i>	98	<i>cvs covid-19 at home test kit</i>	44	<i>cvs zinc gluconate</i>	133
<i>complete multivitamin/mineral</i>	142	<i>cvs d3</i>	142	<i>cyanocobalamin</i>	143
COMPRO.....	78	<i>cvs daily gummies</i>	142	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	116
<i>constulose</i>	81	<i>cvs daily gummies adult</i>	142	<i>cyclophosphamide</i>	14
COPAXONE.....	124	<i>cvs daily multiple for men</i>	142	<i>cycloserine</i>	42
COPIKTRA.....	15	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	142	<i>cyclosporine</i>	31
<i>coq10</i>	128	<i>cvs dry skin therapy</i>	171	<i>cyclosporine modified</i>	31
<i>coq-10</i>	128	<i>cvs e</i>	142	<i>cyproheptadine hcl</i>	98
<i>coq10 maximum strength</i>	128	<i>cvs electrolyte solution</i>	130	CYRED EQ.....	65
CORLANOR.....	56	<i>cvs eye health & lutein</i>	142	CYSTADROPS.....	94
CORVITA.....	142	<i>cvs eye health adult 50+</i>	142	CYSTAGON.....	71
CORVITA 150.....	89	<i>cvs folic acid</i>	142	CYSTARAN.....	94
CORVITE 150.....	89	<i>cvs gauze sterile</i>	63	<i>cytarabine</i>	25
<i>corvite fe</i>	89	<i>cvs glucose</i>	59	<i>d 1000</i>	143
COSENTYX.....	27	<i>cvs gummy dinos</i>	142	<i>d 10000</i>	143
COSENTYX (300 MG DOSE).....	27	<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	142	<i>d 400</i>	143
COSENTYX SENSOREADY (300 MG).....	27	<i>cvs iron</i>	89	<i>d 5000</i>	143
COSENTYX SENSOREADY PEN.....	27	<i>cvs jock itch</i>	166	<i>d-1000 extra strength</i>	143
COSENTYX UNOREADY.....	27	CVS KETONE CARE.....	71	<i>d2000 ultra strength</i>	144
COTELLIC.....	15	<i>cvs lice treatment</i>	170	<i>d3</i>	144
		<i>cvs magnesium</i>	133	<i>d3 2000</i>	144
		<i>cvs magnesium oxide</i>	133	<i>d3 5000</i>	144
		<i>cvs mens daily gummies</i>	143	<i>d3 baby drops</i>	144
		<i>cvs moisturizing</i>	171	<i>d3 high potency</i>	144
				<i>d3 maximum strength</i>	144
				<i>d3 super strength</i>	144
				<i>d3-1000</i>	144

<i>d-3-5</i>	144	<i>desmopressin acetate</i>	71	<i>diphenoxylate-atropine</i>	79
<i>D3-50</i>	144	<i>desmopressin acetate pf</i>	71	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	32
<i>d-400</i>	144	<i>desmopressin acetate spray</i>	71	<i>dipyridamole</i>	92
<i>d-5000</i>	144	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	65	<i>disopyramide phosphate</i>	52
<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	87	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	117	<i>disulfiram</i>	126
<i>daily combo multi vitamins</i>	144	<i>dexamethasone</i>	73	<i>divalproex sodium</i>	113
<i>daily multiple vitamins</i>	144	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	73	<i>divalproex sodium er</i>	112
<i>daily multivitamin</i>	144	<i>dexamethasone sod phos (pf)</i>	73	DML FORTE.....	171
<i>daily value multivitamin</i>	144	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...73		<i>docetaxel</i>	26
<i>daily vitamins</i>	144	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	73, 94	DOCIVYX.....	26
<i>daily vite</i>	144	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	127	<i>docusate calcium</i>	81
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	144	<i>dextromethorphan hbr</i>	106	<i>docusate mini</i>	81
<i>daily vites</i>	144	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	106	<i>docusate sodium</i>	81
<i>daily-vite</i>	144	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	106	DOCUSOL KIDS.....	81
<i>daily-vite multivitamin</i>	144	<i>dextrose</i>	137	DODEX.....	145
<i>dalfampridine er</i>	124	<i>dextrose in lactated ringers</i>	128	<i>dofetilide</i>	52
<i>danazol</i>	60	<i>dextrose-sodium chloride</i>	128, 129	DOLISHALE.....	65
<i>dantrolene sodium</i>	116	<i>diabetes health formula</i>	145	<i>donepezil hcl</i>	116, 117
DANZITEN.....	16	DIABETIDERM.....	171	DOPTelet.....	88
<i>dapsone</i>	44	DIABETIDERM FOOT REJUVENATING.....	171	<i>doxazosin mesylate</i>	53
DAPTACEL.....	32	DIACOMIT.....	112	<i>doxepin hcl</i>	117, 118, 124
<i>daptomycin</i>	44	DIALYVITE.....	145	<i>doxorubicin hcl</i>	25
<i>darunavir</i>	40	DIALYVITE 3000.....	145	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	25
<i>dasatinib</i>	16	DIALYVITE 5000.....	145	DOXY 100.....	51
DASETTA 1/35 (28).....	65	DIALYVITE 800.....	145	<i>doxycycline hyclate</i>	51
DASETTA 7/7/7.....	65	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	145	<i>doxycycline monohydrate</i>	51
DAURISMO.....	16	DIALYVITE 800/ZINC.....	145	DRISDOL.....	145
DAYSEE.....	65	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	145	DRIZALMA SPRINKLE.....	118
DAYVIGO.....	124	DIALYVITE SUPREME D.....	145	<i>dronabinol</i>	78
D-CERIN.....	171	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	145	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	65
DDROPS.....	144	DIALYVITE/ZINC.....	145	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	65
DEBLITANE.....	65	<i>diamode</i>	77	DROXIA.....	88
DEBROX.....	173	DIATRUST COVID-19 HOME TEST.....	44	<i>droxidopa</i>	56
DECARA.....	144	<i>diazepam</i>	112, 125	DRY EYE FORMULA.....	145
DECONEX IR.....	106	DIAZEPAM INTENSOL.....	112	<i>dry eye relief drops</i>	94
DECUBI-VITE.....	144	<i>diazoxide</i>	59	dss.....	81
<i>deferasirox</i>	60	<i>diclofenac potassium</i>	34	DULERA.....	101
<i>dekas bariatric</i>	144	<i>diclofenac sodium</i>	34, 94, 171	<i>duloxetine hcl</i>	118
DEKAS PLUS.....	144	<i>diclofenac sodium er</i>	34	DUPIXENT.....	27
DEKAS PLUS OCEAN.....	144	<i>dicloxacillin sodium</i>	50	DUREX REALFEEL.....	65
DELSTRIGO.....	42	<i>dicyclomine hcl</i>	78	<i>dutasteride</i>	87
DELSYM.....	106	<i>diethylpropion hcl</i>	74	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	87
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD.....	106	<i>diethylpropion hcl er</i>	74	D-VI-SOL.....	145
DELSYM COUGH CHILDRENS.....	106	DIFFERIN.....	167	<i>d-vite pediatric</i>	145
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM.....	106	DIFICID.....	49	DYNA-HEX 4.....	171
<i>delta d3</i>	144	<i>diflunisal</i>	34	<i>e 1000</i>	145
DENGVAxia.....	32	<i>digoxin</i>	56	E.E.S. 400.....	49
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	65	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	123	<i>e200</i>	145
DEPO-TESTOSTERONE.....	60	DILANTIN.....	112	<i>e-200</i>	145
DERMABASE.....	171	<i>diltiazem hcl</i>	54	<i>ear drops</i>	174
DERMACINRX FOLTAMIN.....	144	<i>diltiazem hcl er</i>	54	<i>earwax removal</i>	174
DERMACINRX MULTITAM.....	144	<i>diltiazem hcl er beads</i>	54	<i>earwax removal kit</i>	174
DERMACINRX RIBOTIN-E.....	144	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	54	EASIVENT.....	102
DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	145	<i>dilt-xr</i>	54	EASIVENT MASK LARGE.....	102
DESCOVY.....	42	<i>diphenhydramine hcl</i>	98	EASIVENT MASK MEDIUM.....	102
DESENEX.....	166	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	98	EASIVENT MASK SMALL.....	102
<i>desipramine hcl</i>	117	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	171		
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	71				

<i>econazole nitrate</i>	166	EPITOL.....	125	<i>erythromycin</i>	49, 93, 167
ECOTRIN.....	37	<i>eplerenone</i>	51	<i>erythromycin base</i>	49
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	37	EPRONTIA.....	113	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	49
ECOTRIN LOW STRENGTH.....	37	<i>epsom salt</i>	81	<i>erythromycin lactobionate</i>	49
<i>ed chlorped jr</i>	99	<i>eq calcium 500+d</i>	134	ERZOFRI.....	120
<i>ed-a-hist dm</i>	106	<i>eq calcium 600+d</i>	134	<i>escitalopram oxalate</i>	118
<i>ed-apap</i>	37	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	134	<i>eslicarbazepine acetate</i>	113
EDURANT.....	40	<i>eq calcium citrate+d</i>	134	<i>esomeprazole magnesium</i>	81
EDURANT PED.....	40	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	145	ESSENTIA.....	146
<i>efavirenz</i>	40	<i>eq complete multivitamin child</i>	145	<i>essential balance</i>	146
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	42	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	145	ESTARYLLA.....	65
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	42	<i>eq cough dm</i>	106	ESTER-C.....	146
ELDERTONIC.....	145	<i>eq multivitamin gummies</i>	145	<i>estradiol</i>	72
ELFOLATE PLUS.....	145	<i>eq one daily mens 50+</i>	145	<i>estradiol valerate</i>	72
ELIGARD.....	24	<i>eq one daily mens health</i>	145	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	72
ELINEST.....	65	<i>eq one daily womens health</i>	145	ESTROVEN MENOPAUSE	
ELIQUIS.....	87	<i>eq slow-release iron</i>	89	SUPPLEMENT.....	146
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	87	<i>eq space chamber anti-static</i>	102	<i>eszopiclone</i>	124
<i>ellume covid-19 home test</i>	44	<i>eq space chamber anti-static l</i>	102	<i>ethambutol hcl</i>	42
ELURYNG.....	65	<i>eq space chamber anti-static m</i>	102	<i>ethosuximide</i>	113
EMERGEN-C VITAMIN C.....	145	<i>eq space chamber anti-static s</i>	102	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	65
EMGALITY.....	123	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	172	<i>etodolac</i>	34
EMGALITY (300 MG DOSE).....	123	<i>eql all day allergy</i>	99	<i>etodolac er</i>	34
EMOLLIA-CREME.....	171	<i>eql b complex 50</i>	145	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	65
<i>emollient base</i>	58	<i>eql b-12</i>	145	<i>etoposide</i>	26
EMSAM.....	118	<i>eql b-6</i>	145	<i>etravirine</i>	40
<i>emtricitabine</i>	40	<i>eql biotin</i>	146	<i>eucerin advanced repair</i>	172
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	42	<i>eql calcium citrate/vitamin d</i>	134	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
<i>emtricitab-rilpivir-tenofov df</i>	42	<i>eql calcium citrate/vitamin d3</i>	134	HAND.....	172
EMTRIVA.....	40	<i>eql calcium/vitamin d</i>	134	EUCERIN CALMING DAILY	
EMVERM.....	44	<i>eql calcium/vitamin d3</i>	134	MOIST.....	172
EMZAHH.....	65	<i>eql century</i>	146	EUCERIN PLUS.....	172
<i>enalapril maleate</i>	57	<i>eql century mature</i>	146	EUCERIN SKIN CALMING.....	172
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>eql century mature adults 50+</i>	146	EULEXIN.....	24
ENBREL.....	27	<i>eql century mens</i>	146	EVAC.....	81
ENBREL MINI.....	27	<i>eql child multivit/minerals</i>	146	EVAC-U-GEN.....	81
ENBREL SURECLICK.....	27	<i>eql coq10</i>	128	<i>everolimus</i>	16, 31
ENDOCET.....	35	<i>eql cough dm</i>	106	EVOTAZ.....	42
ENDUR-ACIN.....	145	<i>eql iron supplement therapy</i>	89	EXEL COMFORT POINT PEN	
ENDUR-C.....	145	<i>eql one daily mens 50+ advance</i> ...	146	NEEDLE.....	63
<i>enema</i>	81	<i>eql one daily mens health</i>	146	<i>exemestane</i>	24
<i>enema ready-to-use</i>	81	<i>eql one daily womens 50+ adv</i>	146	<i>eye health + lutein</i>	146
ENEMEEZ KIDS.....	81	<i>eql slow release iron</i>	89	<i>eye multivitamin/sodium</i>	146
ENEMEEZ MINI.....	81	<i>eql super b complex/vitamin c</i>	146	EYSUVIS.....	94
ENEMEEZ PLUS.....	81	<i>eql vision formula</i>	146	<i>ezetimibe</i>	52
ENFAMIL ENFALYTE.....	130	<i>eql vitamin b-12</i>	146	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	52
ENGERIX-B.....	32	<i>eql vitamin c</i>	146	FABRAZYME.....	71
ENILLORING.....	65	<i>eql vitamin c/rose hips</i>	146	FALMINA.....	65
<i>enoxaparin sodium</i>	87	<i>eql vitamin d3</i>	146	<i>famciclovir</i>	47
ENPRESSE-28.....	65	<i>eql vitamin e</i>	146	<i>famotidine</i>	75
ENSKYCE.....	65	<i>ergocalciferol</i>	146	<i>famotidine (pf)</i>	75
ENSTILAR.....	169	<i>ergotamine-caffeine</i>	123	<i>famotidine premixed</i>	75
<i>entacapone</i>	116	ERIVEDGE.....	16	FANAPT.....	120
<i>entecavir</i>	46	ERLEADA.....	24	FANAPT TITRATION PACK A.....	120
ENTRESTO.....	55	<i>erlotinib hcl</i>	16	FANAPT TITRATION PACK B.....	120
<i>enulose</i>	81	ERRIN.....	65	FANAPT TITRATION PACK C.....	120
EPCLUSA.....	46	<i>ertapenem sodium</i>	44	FANTASY LUBRICATED.....	65
EPIDIOLEX.....	113	<i>ery</i>	167	FANTASY	
<i>epinephrine</i>	102	ERY-TAB.....	49	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	65
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	56	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	49	FARXIGA.....	60

FASENRA.....	103	FLINTSTONES GUMMIES.....	146	FRINDOVYX.....	14
FASENRA PEN.....	102	FLINTSTONES GUMMIES BONE		<i>fruit c</i>	147
FC2 FEMALE CONDOM.....	65	BUILD.....	146	<i>fruit c 500</i>	147
FEIRZA 1.5/30.....	65	FLINTSTONES GUMMIES		<i>fruity c</i>	147
FEIRZA 1/20.....	65	COMPLETE.....	146	<i>fruity chews</i>	147
<i>felbamate</i>	113	FLINTSTONES GUMMIES-		FRUZAQLA.....	16
<i>felodipine er</i>	54	IMMUNITY.....	146	<i>ft 12 hour cough relief</i>	106
<i>fem-cal citrate</i>	134	FLINTSTONES PLUS CALCIUM...	146	<i>ft 8 hour pain relief</i>	38
<i>fenofibrate</i>	53	FLINTSTONES PLUS EXTRA		<i>ft all day allergy</i>	99
<i>fenofibrate micronized</i>	53	IRON.....	147	<i>ft all day allergy 24 hour</i>	99
<i>fentanyl</i>	36	FLINTSTONES SOUR GUMMIES...	147	<i>ft all day allergy relief</i>	99
FERAHEME.....	89	FLINTSTONES W/IRON.....	147	<i>ft all day allergy-d</i>	106
FERATE.....	89	FLINTSTONES/MY FIRST.....	147	<i>ft allergy childrens</i>	99
FERGON.....	89	FLORIVA PLUS.....	147	<i>ft allergy relief</i>	99
FERIVA 21/7 (WITH DOCUSATE)..	89	FLOWFLEX COVID-19 AG HOME		<i>ft allergy relief 12 hour</i>	99
<i>ferocon</i>	89	TEST.....	44	<i>ft allergy relief 24 hour</i>	99
FEROSUL.....	89	<i>fluconazole</i>	43	<i>ft allergy relief childrens</i>	99
FERRALET 90.....	89	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	43	<i>ft allergy relief-d</i>	106
<i>ferretts</i>	89	<i>flucytosine</i>	43	<i>ft antacid & antigas</i>	75
FERREX 150.....	89	<i>fludrocortisone acetate</i>	73	<i>ft antacid regular strength</i>	75
<i>ferric x-150</i>	89	<i>flunisolide</i>	104	<i>ft anti-diarrheal</i>	77
FERRLECIT.....	89	<i>fluocinolone acetonide</i>	97, 169	<i>ft antifungal</i>	166
<i>ferrous fumarate</i>	89	<i>fluocinolone acetonide body</i>	169	<i>ft aspirin</i>	38
<i>ferrous gluconate</i>	89	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	169	<i>ft aspirin low dose</i>	38
<i>ferrous sulfate</i>	90	<i>fluocinonide</i>	169	<i>ft athletes foot (clotrimaz)</i>	166
<i>ferrous sulfate er</i>	89	<i>fluocinonide emulsified base</i>	169	<i>ft athletes foot (terbinafine)</i>	166
FETZIMA.....	118	<i>fluorometholone</i>	94	<i>ft children's pain/fever</i>	38
FETZIMA TITRATION.....	118	<i>fluorouracil</i>	25, 172	<i>ft clearlax</i>	82
FEVERALL ADULTS.....	37	<i>fluoxetine hcl</i>	118	<i>ft earwax removal</i>	174
FEVERALL CHILDRENS.....	38	<i>fluphenazine decanoate</i>	120	<i>ft earwax removal kit</i>	174
FEVERALL INFANTS.....	38	<i>fluphenazine hcl</i>	120	<i>ft enteric coated aspirin</i>	38
FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	38	<i>flurbiprofen</i>	34	<i>ft fiber laxative</i>	82
<i>fexofenadine hcl</i>	99	<i>flurbiprofen sodium</i>	94	<i>ft gas relief</i>	79
FIASP.....	63	<i>fluticasone propionate</i>	104, 169, 170	<i>ft gas relief extra strength</i>	79
FIASP FLEXTOUCH.....	63	<i>fluticasone-salmeterol</i>	101	<i>ft gas relief infants</i>	79
FIASP PENFILL.....	63	<i>fluvoxamine maleate</i>	116	<i>ft gas relief ultra strength</i>	79
FIASP PUMPCART.....	63	<i>folate</i>	147	<i>ft gentle laxative</i>	82
<i>fiber</i>	82	<i>folbee</i>	147	<i>ft ibuprofen</i>	34
<i>fiber laxative</i>	81	<i>folbee plus</i>	147	<i>ft ibuprofen childrens</i>	34
<i>fiber laxative + calcium</i>	81	FOLBIC.....	147	<i>ft ibuprofen ib childrens</i>	34
<i>fiber-lax</i>	82	<i>folic acid</i>	147	<i>ft laxative</i>	82
<i>fidaxomicin</i>	49	FOLIFLEX.....	147	<i>ft lice killing max st</i>	170
<i>finasteride</i>	87	<i>folika-bc</i>	147	<i>ft milk of magnesia</i>	82
FINEST NUTRITION VITAMIN B-		FOLITAB 500.....	90	<i>ft mineral oil</i>	82
12.....	146	<i>folite</i>	147	<i>ft mucus relief 12hr</i>	106
<i>fingolimod hcl</i>	124	FOLITIN-Z.....	147	<i>ft mucus relief 12hr max str</i>	106
FINTEPLA.....	113	FOLIVANE-F.....	90	<i>ft mucus relief dm</i>	106
FINZALA.....	66	FOLIVANE-PLUS.....	90	<i>ft nasal decongestant max str</i>	106
FIRMAGON.....	24	FOLIXAPURE.....	147	<i>ft nasal decongestant pe</i>	106
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	24	<i>folplex 2.2</i>	147	<i>ft nasal spray</i>	106
<i>first aid antiseptic</i>	172	FOLTABS 800.....	147	<i>ft nicotine</i>	126
FLAC.....	97	FOLTANX.....	147	<i>ft pain relief</i>	38
FLAREX.....	94	FOLTRATE.....	147	<i>ft pain relief adult extra st</i>	38
FLEBOGAMMA DIF.....	30	FOLTREXYL.....	147	<i>ft senna laxatives</i>	82
<i>flecainide acetate</i>	52	<i>fondaparinux sodium</i>	87	<i>ft senna-s</i>	82
FLEET ENEMA.....	82	<i>fosamprenavir calcium</i>	40	<i>ft stomach relief</i>	77
FLEXICHAMBER.....	103	<i>fosinopril sodium</i>	57	<i>ft stool softener</i>	82
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-		<i>fosinopril sodium-hctz</i>	55	<i>ft tussin adult</i>	106
3 DHA.....	146	FOTIVDA.....	16	<i>ft tussin cf adult</i>	106
FLINTSTONES COMPLETE.....	146	<i>freedavite</i>	147	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	147

FULPHILA.....	88	geri-kot.....	82	gnp calcium 600 +d3.....	134
fulvestrant.....	24	geri-lanta.....	76	gnp calcium citrate +d3.....	134
FUNGOID TINCTURE.....	166	geri-lanta maximum strength.....	75	gnp childrens allergy.....	99
furosemide.....	56	geri-mox.....	76	gnp childrens chewables/ex c.....	148
FUSION.....	90	GERITOL COMPLETE.....	147	gnp childrens ibuprofen.....	34
FUSION PLUS.....	90	geri-tussin.....	106	gnp children's pain & fever.....	38
FUZEON.....	40	gerivite complete.....	147	GNP CLEARLAX.....	82
FYAVOLV.....	72	GILOTRIF.....	16	gnp clotrimazole 3.....	85
FYCOMPA.....	113	glatiramer acetate.....	124	gnp co q10.....	128
gabapentin.....	113, 125	GLATOPA.....	125	gnp co q-10.....	128
galantamine hydrobromide.....	117	GLEOSTINE.....	14	gnp cough dm er.....	107
galantamine hydrobromide er.....	117	glimepiride.....	61	gnp d 1000.....	148
GALBRIELA.....	66	glipizide.....	61	gnp earwax removal drops.....	174
GALLIFREY.....	74	glipizide er.....	61	gnp earwax removal kit.....	174
GAMASTAN.....	30	glipizide xl.....	61	gnp electrolyte solution.....	130
GAMMAGARD.....	30	glipizide-metformin hcl.....	61	gnp epsom salt.....	82
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	30	global alcohol prep ease.....	63	gnp essential one daily.....	148
GAMMAKED.....	30	glucoten.....	147	gnp fiber.....	82
GAMMAPLEX.....	30	glutamine.....	128	gnp fiber-caps.....	82
GAMUNEX-C.....	30	GLUTOSE 5.....	60	gnp folic acid.....	148
ganciclovir sodium.....	47	glycerin (adult).....	82	gnp gas relief.....	79
GARDASIL 9.....	32	glycerin (infants & children).....	82	gnp gas relief extra strength.....	79
gas relief.....	79	glycerin adult.....	82	gnp gentle laxative.....	82
gas relief extra strength.....	79	glycerin childrens.....	82	gnp glycerin (adult).....	82
gas relief infants.....	79	GLYCOLAX.....	82	gnp glycerin child.....	83
gas relief ultra strength.....	79	glycopyrrolate.....	78	gnp hair/skin/nails.....	148
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	79	GLYDO.....	168	gnp healthy eyes.....	148
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	79	GLYXAMBI.....	61	gnp ibuprofen.....	34
gatifloxacin.....	93	gnp 8 hour arthritis relief.....	38	gnp ibuprofen childrens.....	34
GATTEX.....	79	gnp 8 hour pain relief.....	38	gnp ibuprofen infants.....	34
gavilax.....	82	gnp 8 hour pain reliever.....	38	gnp infant gas relief.....	79
GAVILYTE-C.....	82	gnp acetaminophen.....	38	gnp infants pain/fever.....	38
GAVILYTE-G.....	82	gnp all day allergy.....	99	gnp iron.....	90
GAVILYTE-N WITH FLAVOR		gnp all day allergy childrens.....	99	gnp lice treatment.....	170
PACK.....	82	gnp all day allergy-d.....	106	gnp lidocaine pain relief.....	172
GAVRETO.....	16	gnp allergy.....	99	gnp little ones childrens.....	148
gefitinib.....	16	gnp allergy & congestion.....	107	gnp loperamide hcl.....	77
gemcitabine hcl.....	25	gnp allergy relief.....	99	gnp loratadine.....	99
gemfibrozil.....	53	gnp allergy relief 24 hr.....	99	gnp loratadine childrens.....	99
GEMTESA.....	86	gnp allergy relief max st.....	99	gnp lubricant eye drops (pf).....	95
genadek step 1.....	147	gnp allergy/congestion relief.....	107	gnp lubricating plus eye drops.....	95
genadek step 2.....	147	gnp antacid.....	76	gnp magnesium oxide.....	76
generlac.....	82	gnp antacid & anti-gas.....	76	gnp mega multi for men.....	148
GENGRAF.....	31	gnp antacid regular strength.....	76	gnp mega multi for women.....	148
GENOTROPIN.....	71	gnp antibacterial urinary pain.....	44	gnp melatonin.....	128
GENOTROPIN MINIQUICK.....	71	gnp anti-diarrheal.....	77	gnp melatonin maximum strength.....	128
gentamicin in saline.....	44	gnp anti-gas.....	79	gnp miconazole 1.....	85
gentamicin sulfate.....	44, 93, 168	gnp anti-itch.....	172	gnp miconazole 3.....	86
GENTEAL SEVERE.....	94	gnp antiseptic skin cleanser.....	172	gnp miconazole 7.....	86
GENTEAL TEARS.....	95	gnp artificial tears.....	95	gnp miconazorb af.....	166
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	94	gnp aspirin.....	38	gnp milk of magnesia.....	83
GENTEAL TEARS PF.....	95	gnp aspirin low dose.....	38	gnp mineral oil.....	83
GENTEAL TEARS SEVERE		gnp athletes foot.....	166	gnp mucus er.....	107
DAY/NIGHT.....	95	gnp bacitracin zinc.....	168	gnp nasal decongestant.....	107
gentle laxative.....	82	gnp biotin.....	147	gnp nasal decongestant pe.....	107
gentlelax.....	82	gnp cal mag zinc +d3.....	134	gnp nasal four spray.....	107
GENVOYA.....	42	gnp calamine.....	172	gnp nasal spray.....	107
GERBER GROW MIGHTY.....	147	gnp calcium.....	134	gnp nasal spray extra moist.....	107
GERBER LIL' BRAINIES.....	147	gnp calcium 500 +d3.....	134	gnp nasal spray fast acting.....	107
geri-dryl.....	99	gnp calcium 600 +d/minerals.....	134	gnp natural fiber.....	83

<i>gnp nicotine</i>	126	<i>goodsense allergy relief child</i>	99	<i>haloperidol lactate</i>	120
<i>gnp nicotine mini</i>	126	<i>goodsense antacid</i>	76	HARD NAILS.....	149
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	126	<i>goodsense antacid & gas relief</i>	76	HARVONI.....	47
<i>gnp no drip nasal spray</i>	107	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	77	HAVRIX.....	32
<i>gnp one daily mens health 50+</i>	148	<i>goodsense arthritis pain</i>	38	<i>healthy eyes</i>	149
<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	148	<i>goodsense artificial tears</i>	95	<i>healthy eyes supervision 2</i>	149
<i>gnp one daily womens</i>	148	<i>goodsense aspirin adults</i>	38	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	149
<i>gnp one daily womens 50+</i>	148	<i>goodsense aspirin low dose</i>	38	<i>healthy hair/skin/nails</i>	149
<i>gnp pain & fever childrens</i>	38	<i>goodsense athletes foot</i>	166	<i>healthy kids gummies</i>	149
<i>gnp pain & fever infants</i>	38	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	83	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
<i>gnp pain relief</i>	38	GOODSENSE CLEARLAX.....	83	ACHE.....	39
<i>gnp pain relief extra strength</i>	38	<i>goodsense cough dm</i>	107	HEALTHY MAMA TAME THE	
<i>gnp pain relief nighttime</i>	126	<i>goodsense cough dm childrens</i>	107	FLAME.....	76
<i>gnp petroleum jelly</i>	58	<i>goodsense electrolyte</i>	130	HEALTHYLAX.....	83
<i>gnp pink bismuth</i>	77	<i>goodsense enema</i>	83	HEATHER.....	66
<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	77	<i>goodsense epsom salt</i>	83	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	130
<i>gnp povidone-iodine</i>	172	<i>goodsense first aid antibiotic</i>	168	HEMATEX.....	90
<i>gnp prenatal</i>	148	<i>goodsense ibuprofen</i>	34	<i>hematinic/folic acid</i>	90
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	107	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	34	HEMATOGEN FA.....	90
<i>gnp senna lax</i>	83	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	34	HEMATOGEN FORTE.....	90
<i>gnp senna plus</i>	83	<i>goodsense lice killing</i>	170	HEMOCYTE PLUS.....	90
<i>gnp stomach relief</i>	77	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	95	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	87
<i>gnp stool softener</i>	83	<i>goodsense milk of magnesia</i>	83	<i>heparin sodium (porcine)</i>	87
<i>gnp stool softener ex st</i>	83	<i>goodsense mineral oil</i>	83	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	87
<i>gnp stool softener/laxative</i>	83	<i>goodsense mucus er</i>	107	HEPLISAV-B.....	32
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	166	<i>goodsense mucus relief child</i>	107	HERCEPTIN.....	17
<i>gnp therapeutic-m</i>	148	<i>goodsense nicotine</i>	126	HERCEPTIN HYLECTA.....	16
<i>gnp tolnaftate</i>	166	<i>goodsense pain & fever child</i>	38	HERNEXEOS.....	17
<i>gnp triple antibiotic</i>	168	<i>goodsense pain & fever infants</i>	38	HERZUMA.....	17
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	168	<i>goodsense pain relief</i>	39	HIBERIX.....	32
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	107	<i>goodsense pain relief extra st</i>	39	HIBICLENS.....	172
<i>gnp tussin cough long acting</i>	107	<i>goodsense senna laxative</i>	83	<i>high potency multivit/fa</i>	149
<i>gnp tussin dm</i>	107	<i>goodsense stomach relief</i>	77	<i>high potency multivitamin</i>	149
<i>gnp tussin dm cough</i>	107	<i>goodsense stool softener</i>	83	<i>hm adult aspirin</i>	39
<i>gnp tussin dm max</i>	107	<i>goodsense tussin cf</i>	107	<i>hm all day allergy childrens</i>	99
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	107	<i>goodsense tussin dm</i>	107	<i>hm arthritis pain relief</i>	39
<i>gnp vitamin a</i>	148	<i>goodsense tussin dm max</i>	107	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	134
<i>gnp vitamin b-1</i>	148	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	95	<i>hm complete men</i>	149
<i>gnp vitamin b-12</i>	148	<i>granisetron hcl</i>	78	<i>hm complete women</i>	149
<i>gnp vitamin b-6</i>	148	<i>griseofulvin microsize</i>	43	<i>hm cough dm</i>	108
<i>gnp vitamin c</i>	148	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43	<i>hm enema</i>	83
<i>gnp vitamin c drops</i>	148	<i>guaifenesin</i>	107	<i>hm fexofenadine hcl</i>	99
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	148	<i>guaifenesin er</i>	107	<i>hm ibuprofen childrens</i>	34
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	148	<i>guaifenesin-codeine</i>	108	<i>hm loratadine</i>	99
<i>gnp vitamin d</i>	148	<i>guaifenesin-dm</i>	108	<i>hm loratadine childrens</i>	99
<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	148	<i>guanfacine hcl</i>	56	<i>hm nicotine polacrilex</i>	126
<i>gnp vitamin d super strength</i>	148	<i>guanfacine hcl er</i>	127	<i>hm pain relief</i>	39
<i>gnp vitamin d3</i>	148	GUMMI BEAR		<i>hm petroleum jelly</i>	58
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	148	MULTIVITAMIN/MIN.....	148	<i>hm stomach relief</i>	77
<i>gnp vitamin e</i>	148	HAEGARDA.....	88	<i>hm stomach relief ultra</i>	77
<i>gnp womens gentle laxative</i>	83	HAILEY 1.5/30.....	66	<i>hm stool softener/laxative</i>	83
<i>gnp zinc oxide</i>	172	HAILEY 24 FE.....	66	<i>hm womens 50+ advanced daily</i>	149
GOLD BOND ULTIMATE		<i>hair skin & nails</i>	148	HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	149
HEALING.....	172	<i>hair skin & nails advanced</i>	148	HUMIRA (2 PEN).....	27
GOMEKLI.....	16	<i>hair skin nails</i>	149	HUMIRA (2 SYRINGE).....	27, 28
<i>goodsense advanced antacid</i>	76	<i>hair/skin/nails</i>	149	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	28
<i>goodsense all day allergy</i>	99	<i>halobetasol propionate</i>	170	HUMIRA-PED>=40KG UC	
<i>goodsense all day allergy-d</i>	107	HALOETTE.....	66	STARTER.....	28
<i>goodsense aller-ease</i>	99	<i>haloperidol</i>	120	HUMIRA-PSORIASIS/UEIT	
<i>goodsense allergy relief</i>	99	<i>haloperidol decanoate</i>	120	STARTER.....	28

HUMULIN R U-500	INCASSIA	66	IWILFIN	26
(CONCENTRATED)	INCRELEX	71	IXIARO	32
HUMULIN R U-500 KWIKPEN	INCRUSE ELLIPTA	97	JAIMIESS	66
HYCODAN	<i>indapamide</i>	56	JAKAFI	17
<i>hydralazine hcl</i>	INDICAID COVID-19 RAPID TEST	44	JANTOVEN	88
HYDRALYTE	INFANRIX	32	JANUMET	61
HYDRASYN25	<i>infants gas relief</i>	79	JANUMET XR	61
<i>hydrochlorothiazide</i>	<i>infants ibuprofen</i>	35	JANUVIA	61
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	INFED	90	JARDIANCE	61
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	<i>infiximab</i>	28	JASMIEL	66
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	INFUVITE ADULT	149	JAVYGTOR	71
<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	INFUVITE PEDIATRIC	149	JAYPIRCA	17
<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	INJECTAFER	90	JENTADUETO	61
<i>hydrocortisone</i>	INLYTA	17	JENTADUETO XR	61
<i>hydrocortisone (perianal)</i>	INQOVI	25	JINTELI	72
<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	INREBIC	17	JOLESSA	66
<i>hydrocortisone valerate</i>	INSPIREASE	103	JULEBER	66
<i>hydromet</i>	INTEGRA	90	JULUCA	42
<i>hydromorphone hcl</i>	INTEGRA F	90	JUNEL 1.5/30	66
<i>hydrous emulsified base</i>	INTEGRA PLUS	90	JUNEL 1/20	66
<i>hydroxocobalamin acetate</i>	INTELENCE	40	JUNEL FE 1.5/30	66
<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	INTELISWAB COVID-19 RAPID		JUNEL FE 1/20	66
<i>hydroxyurea</i>	TEST	45	JUNEL FE 24	66
<i>hydroxyzine hcl</i>	INTRALIPID	137	<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	149
<i>hydroxyzine pamoate</i>	INTROVALE	66	JYLAMVO	31
<i>hylazinc</i>	INVEGA HAFYERA	120	JYNNEOS	32
<i>ibandronate sodium</i>	INVEGA SUSTENNA	120	KADCYLA	18
IBRANCE	INVEGA TRINZA	121	KAITLIB FE	66
IBTROZI	IPOL	32	KALETRA	42
IBU	<i>ipratropium bromide</i>	97	KALYDECO	103
<i>ibuprofen</i>	<i>ipratropium-albuterol</i>	101	KANJINTI	18
<i>ibuprofen childrens</i>	<i>irbesartan</i>	51	KARIVA	66
<i>ibuprofen infants</i>	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	55	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	129
<i>ibuprofen junior strength</i>	<i>irinotecan hcl</i>	26	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	129
ICAPS	<i>iron</i>	90	KELNOR 1/35	66
ICAPS AREDS FORMULA	<i>iron 27</i>	90	KELNOR 1/50	66
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	<i>iron chews pediatric</i>	90	KERADAN	172
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN	<i>iron folate plus</i>	90	KERENDIA	51
ICAPS MV	<i>iron folate-f</i>	90	KERR TRIPLE DYE SWABS	172
ICAR	<i>iron high-potency</i>	90	KESIMPTA	125
<i>icatibant acetate</i>	<i>iron slow release</i>	90	<i>ketoconazole</i>	43, 166
ICLEVIA	<i>iron supplement</i>	90	KETO-DIASTIX	71
ICLUSIG	IRON UP	90	<i>ketorolac tromethamine</i>	94
IDACIO (2 PEN)	IS-D 10,000	149	KEYTRUDA	18
IDACIO-CROHNS/UC STARTER	ISENTRESS	41	<i>kimono</i>	66
IDACIO-PSORIASIS STARTER	ISENTRESS HD	41	KIMONO COLORS	66
IDHIFA	ISIBLOOM	66	KIMONO MAXX-LARGE FLARE	66
IFEREX 150	ISOLYTE-P IN D5W	129	<i>kimono micro thin</i>	66
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST	ISOLYTE-S PH 7.4	129	<i>kimono micro thin plus</i>	66
<i>imatinib mesylate</i>	<i>isoniazid</i>	42	<i>kimono plus</i>	66
IMBRUVICA	<i>isosorbide dinitrate</i>	58	<i>kimono sensation</i>	66
<i>imipenem-cilastatin</i>	<i>isosorbide mononitrate er</i>	58	<i>kimono sensation plus</i>	66
<i>imipramine hcl</i>	<i>isotretinoin</i>	167	KIMONO SPECIAL	66
<i>imiquimod</i>	<i>isradipine</i>	54	KINDERLYTE	131
<i>imkeldi</i>	<i>itch relief extra strength</i>	172	KINDERLYTE PREMAX	131
<i>immune support</i>	ITOVEBI	17	KINRIX	32
IMMUNERX	<i>itraconazole</i>	43	KIONEX	60
IMOVAX RABIES	<i>ivabradine hcl</i>	56	KISQALI (200 MG DOSE)	18
IMPAVIDO	<i>ivermectin</i>	45	KISQALI (400 MG DOSE)	18
INBRIJA	<i>i-vite</i>	149	KISQALI (600 MG DOSE)	18

KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	18	<i>lapatinib ditosylate</i>	18	<i>linezolid</i>	45
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	18	LARIN 1.5/30.....	66	<i>linezolid in sodium chloride</i>	45
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	18	LARIN 1/20.....	66	LINZESS.....	79
KLAYESTA.....	166	LARIN 24 FE.....	66	<i>liothyronine sodium</i>	59
KLOR-CON.....	130	LARIN FE 1.5/30.....	66	<i>liquid acetaminophen</i>	39
KLOR-CON 10.....	130	LARIN FE 1/20.....	67	<i>liquid allergy relief</i>	100
KLOR-CON M10.....	130	<i>latanoprost</i>	92	<i>liquid pain relief</i>	39
KLOR-CON M15.....	130	<i>laxative</i>	83	<i>lisinopril</i>	57
KLOR-CON M20.....	130	<i>laxative max str</i>	83	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	55
KLOXXADO.....	126	<i>laxative regular strength</i>	83	<i>lithium</i>	123
KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	108	LAYOLIS FE.....	67	<i>lithium carbonate</i>	123
KLS ALLER-TEC D.....	108	LAZCLUZE.....	18	<i>lithium carbonate er</i>	123
<i>kobee</i>	149	<i>leader finger cream</i>	172	LIVTENCITY.....	47
KOSELUGO.....	18	<i>leflunomide</i>	31	<i>l-methylfolate</i>	150
KOURZEQ.....	165	<i>lenalidomide</i>	26	<i>l-methylfolate calcium</i>	150
<i>kp adults 50+ daily formula</i>	149	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	18	<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	150
<i>kp adults daily formula</i>	149	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	18	<i>l-methyl-mc</i>	150
<i>kp b complex-c</i>	149	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	67
<i>kp bisacodyl</i>	83	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN 1/20 (21).....	67
<i>kp calcium 600+d</i>	134	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN FE 1.5/30.....	67
<i>kp calcium citrate+d</i>	134	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN FE 1/20.....	67
<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	134	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18	<i>lohist-dm</i>	108
<i>kp ferrous gluconate</i>	90	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	19	LOJAIMIESS.....	67
<i>kp ferrous sulfate</i>	90	LESSINA.....	67	LOKELMA.....	60
<i>kp folic acid</i>	149	<i>letrozole</i>	24	LOMAIRA.....	74
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	134	<i>leucovorin calcium</i>	24, 25	LONSURF.....	25
<i>kp melatonin</i>	128	LEUKERAN.....	14	<i>loperamide hcl</i>	77, 79
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	149	<i>leuprolide acetate</i>	24	<i>lopinavir-ritonavir</i>	42
<i>kp mens daily formula</i>	149	<i>levalbuterol hcl</i>	97	<i>loradamed</i>	100
<i>kp niacin</i>	149	<i>levalbuterol tartrate</i>	97	<i>loratadine</i>	100
<i>kp prenatal multivitamins</i>	150	<i>levetiracetam</i>	113, 125	<i>loratadine childrens</i>	100
<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	108	<i>levetiracetam er</i>	113	<i>loratadine-d 12hr</i>	108
<i>kp senna</i>	83	<i>levetiracetam in nacl</i>	125	<i>loratadine-d 24hr</i>	108
KP VISION FORMULA.....	150	<i>levobunolol hcl</i>	92	<i>lorazepam</i>	116
KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	150	<i>levocarnitine</i>	71	LORAZEPAM INTENSOL.....	116
<i>kp vitamin b-12</i>	150	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	100	LORBRENA.....	19
<i>kp vitamin b-6</i>	150	<i>levofloxacin</i>	50	LORYNA.....	67
<i>kp vitamin d</i>	150	<i>levofloxacin in d5w</i>	49	<i>losartan potassium</i>	51
<i>kp vitamin d3</i>	150	LEVONEST.....	67	<i>losartan potassium-hctz</i>	55
<i>kp womens 50+ daily formula</i>	150	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	67	LOTEMAX.....	94
<i>kp womens daily formula</i>	150	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	67	<i>loteprednol etabonate</i>	94
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST.....	150	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	67	<i>lovastatin</i>	53
KRAZATI.....	18	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	67	LOW-OGESTREL.....	67
KURVELO.....	66	LEVORA 0.15/30 (28).....	67	<i>loxapine succinate</i>	121
<i>labetalol hcl</i>	53	LEVO-T.....	59	<i>lubricant eye drops</i>	95
LAC-HYDRIN FIVE.....	172	<i>levothyroxine sodium</i>	59	<i>lubricant eye drops (pf)</i>	95
<i>lacosamide</i>	113, 125	LEVOXYL.....	59	<i>lubricant eye drops pf</i>	95
<i>lactated ringers</i>	129	<i>l-glutamine</i>	88, 128	<i>lubricating eye drops</i>	95
<i>lactulose</i>	83	<i>lice killing</i>	170	LUIZZA 1.5/30.....	67
<i>lactulose encephalopathy</i>	83	<i>lice killing maximum strength</i>	170	LUIZZA 1/20.....	67
<i>lamivudine</i>	41, 47	<i>lidocaine</i>	168, 172	LUMAKRAS.....	19
<i>lamivudine-zidovudine</i>	42	<i>lidocaine hcl</i>	39, 168	LUMIGAN.....	92
<i>lamotrigine</i>	113	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	39	LUMIZYME.....	71
<i>lamotrigine er</i>	113	<i>lidocaine pain relief</i>	172	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	24
<i>lanreotide acetate</i>	71	<i>lidocaine pain relief max st</i>	172	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	24
<i>lansoprazole</i>	81	<i>lidocaine pain relieving</i>	172	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	71
		<i>lidocaine viscous hcl</i>	165	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	71
		<i>lidocaine-prilocaine</i>	168	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	71
		LIDOCAN.....	168	<i>lurasidone hcl</i>	121
		LILETTA (52 MG).....	67	LUTERA.....	67

LYBALVI.....	121	<i>mega biotin</i>	150	MIBELAS 24 FE.....	67
LYLEQ.....	67	MEGA MULTI MEN.....	150	<i>micafungin sodium</i>	43
LYLLANA.....	72	<i>megavite fruits & veggies</i>	150	<i>miconazole 1</i>	86
LYNPARZA.....	19	<i>megavite golden years 55+</i>	150	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	86
LYSIPLEX PLUS.....	150	<i>megestrol acetate</i>	24, 74	<i>miconazole 7</i>	86
LYSODREN.....	24	<i>meijer advanced formula</i>	150	<i>miconazole antifungal</i>	166
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	19	<i>meijer c</i>	150	<i>miconazole nitrate</i>	166
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	19	<i>meijer ibuprofen</i>	35	MICOTRIN AP.....	166
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	19	<i>meijer nasal decongestant</i>	108	MICROCHAMBER.....	103
LYZA.....	67	MEKINIST.....	19	<i>microderm base</i>	58
MACULAR HEALTH FORMULA.....	150	MEKTOVI.....	19	MICROGESTIN 1.5/30.....	68
MACUVITE.....	150	<i>melatonin</i>	58, 128	MICROGESTIN 1/20.....	68
MACUVITE EYE CARE.....	150	<i>melatonin maximum strength</i>	128	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	68
MACUVITE/LUTEIN.....	150	MELEYA.....	67	MICROGESTIN FE 1/20.....	68
MAG64.....	134	<i>meloxicam</i>	35	MICROSOME BASE.....	58
<i>mag-al plus</i>	76	<i>memantine hcl</i>	117	MICROSPACER.....	103
<i>mag-al plus xs</i>	76	<i>memantine hcl er</i>	117	<i>midodrine hcl</i>	56
MAGDELAY.....	134	<i>memantine hcl-donepezil hcl er</i>	117	MIEBO.....	95
<i>mag-g</i>	134	MENACTRA.....	32	<i>mifepristone</i>	71
MAGNEBIND 300.....	134	MENQUADFI.....	32	MILI.....	68
MAGNEBIND 400.....	134	<i>mens 50+ advanced</i>	150	<i>milk of magnesia</i>	83
<i>magnesium</i>	134	<i>mens 50+ multivitamin</i>	150	MIMVEY.....	73
<i>magnesium gluconate</i>	134	<i>mens daily formula/lycopene</i>	150	<i>mineral oil</i>	83
<i>magnesium lactate</i>	134	<i>mens multivitamin</i>	150	<i>minocycline hcl</i>	51
<i>magnesium oxide</i>	76	MENVEO.....	32	<i>minoxidil</i>	56
<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	134	<i>mercaptopurine</i>	25	MINTOX.....	76
<i>magnesium sulfate</i>	129	MERIBIN.....	150	<i>mintox maximum strength</i>	76
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	129	<i>meropenem</i>	45	MINTOX PLUS.....	76
<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	76	<i>mesalamine</i>	80	MIRALAX.....	83
MAGNESIUM-OXIDE.....	134	<i>mesalamine er</i>	80	<i>mirtazapine</i>	118
MAGOX 400.....	135	<i>mesalamine-cleanser</i>	80	<i>misoprostol</i>	79
MAG-OXIDE.....	135	<i>mesna</i>	25	MITIGARE.....	40
MAG-TAB SR.....	135	MESNEX.....	25	M-M-R II.....	32
<i>malathion</i>	170	METAFOLBIC.....	150	<i>m-natal plus</i>	130
<i>manganese chloride</i>	135	METAFOLBIC PLUS.....	150	<i>modafinil</i>	125
MAOX.....	76	<i>metformin hcl</i>	61	MODEYSO.....	26
<i>mapap</i>	39	<i>metformin hcl er</i>	61	<i>moexipril hcl</i>	57
MAPAP CHILDRENS.....	39	<i>methadone hcl</i>	36	<i>moisturizing cream</i>	172
<i>maraviroc</i>	41	METHADONE HCL INTENSOL.....	36	<i>molindone hcl</i>	121
MAR-COF CG EXPECTORANT.....	108	<i>methazolamide</i>	56	<i>mometasone furoate</i>	170
<i>marlissa</i>	67	<i>methenamine hippurate</i>	45	MONISTAT 1 DAY OR NIGHT.....	86
MARPLAN.....	118	<i>methimazole</i>	59	MONISTAT 3.....	86
MATULANE.....	26	<i>methocarbamol</i>	116	MONISTAT 3 COMBO PACK APP.....	86
MAVYRET.....	47	<i>methotrexate sodium</i>	25, 31	MONISTAT 7 COMBO PACK APP.....	86
MAXALLERGY KIDS.....	100	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	25	MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	86
<i>maxifed</i>	108	<i>methsuximide</i>	113	MONJUVI.....	19
MAXIMUM D3.....	150	<i>methylphenidate hcl</i>	127, 128	MONOFERRIC.....	90
<i>maximum daily green</i>	150	<i>methylphenidate hcl er</i>	127	MONO-LINYAH.....	68
<i>maxi-tuss ac</i>	108	<i>methylprednisolone</i>	73	<i>montelukast sodium</i>	105
<i>maxi-tuss cd</i>	108	<i>methylprednisolone acetate</i>	73	MOOD FOOD.....	150
<i>maxi-tuss g</i>	108	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	73	MOOD FOOD ES.....	150
<i>maxi-tuss gmx</i>	108	<i>methyltestosterone</i>	60	<i>morphine sulfate</i>	36
<i>maxx</i>	67	<i>metoclopramide hcl</i>	78	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	36
<i>maxx plus</i>	67	<i>metolazone</i>	56	<i>morphine sulfate er</i>	36
<i>m-dryl</i>	100	<i>metoprolol succinate er</i>	53	MOUNJARO.....	61
<i>meclizine hcl</i>	78	<i>metoprolol tartrate</i>	53	MOVANTIK.....	79
<i>medi-first triple antibiotic</i>	168	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>moxifloxacin hcl</i>	50, 93
MEDPURA ZINC OXIDE.....	172	<i>metronidazole</i>	45, 86, 172	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	50
<i>medroxyprogesterone acetate</i>	67, 74	<i>metirosine</i>	56	<i>m-pap</i>	39
<i>mefloquine hcl</i>	46	<i>mgo</i>	135	MRESVIA.....	32

MTX SUPPORT	150	<i>multi-vitamin gummies</i>	151	<i>naproxen sodium</i>	35
MUCINEX	109	<i>multivitamin gummies adult</i>	151	<i>naratriptan hcl</i>	123
MUCINEX CHILDRENS		<i>multivitamin gummies mens</i>	151	<i>nasal decongestant</i>	109
FREEFROM	108	<i>multivitamin gummies womens</i>	151	<i>nasal decongestant pe</i>	109
MUCINEX COLD CHILDRENS	108	<i>multivitamin infant & toddler</i>	151	<i>nasal decongestant pe max st</i>	109
MUCINEX COUGH & CONGEST		<i>multivitamin men 50+</i>	151	<i>nasal decongestant spray</i>	109
CHILD	108	<i>multi-vitamin monocaps</i>	151	<i>nasal four</i>	109
MUCINEX COUGH CHILDRENS ..	108	<i>multivitamin w/fluoride</i>	152	<i>nasal spray 12 hour</i>	109
MUCINEX DM	108	<i>multivitamin women</i>	152	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	109
MUCINEX FAST-MAX CHEST		<i>multivitamin women 50+</i>	152	<i>nasal spray no drip</i>	109
CONG MS	108	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	152	NASCOBAL	152
MUCINEX FAST-MAX CONGEST		<i>multivitamin/fluoride</i>	152	NATACYN	93
COUGH	109	<i>multi-vitamin/fluoride</i>	152	<i>nateglinide</i>	61
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ..	109	<i>multi-vitamin/fluorideliron</i>	152	<i>natural close hips</i>	152
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	109	<i>multi-vitamin/liron</i>	152	<i>natural psyllium seed</i>	83
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>multi-vitamin/minerals</i>	152	<i>natural senna laxative</i>	84
COOL	109	<i>multivitamin/zinc stress</i>	152	<i>natural vitamin d-3</i>	153
MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamin-minerals</i>	152	NAYZILAM	113
SINUS/ALLRGY	109	<i>multivitamins plus iron child</i>	152	<i>nebivolol hcl</i>	53
<i>mucus relief</i>	109	<i>multi-vite</i>	152	NECON 0.5/35 (28)	68
<i>mucus relief cough childrens</i>	109	<i>multivit-min gummies childrens</i>	152	<i>nefazodone hcl</i>	118
<i>mucus relief dm</i>	109	<i>mupirocin</i>	168	<i>neomycin sulfate</i>	45
<i>mucus relief dm max</i>	109	MURINE EAR	174	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	93
<i>mucus relief er</i>	109	MURINE EAR WAX REMOVAL		<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	93
<i>mucus relief max st</i>	109	SYSTEM	174	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	93
MULTAQ	52	MURO 128	95	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	93, 97
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	150	MVW COMPLETE FORMULATION		NEO-POLYCIN	93
<i>multi adult gummies</i>	151		152	NEO-POLYCIN HC	93
<i>multi complete/liron</i>	151	MVW COMPLETE FORMULATION		NEOQ10	128
<i>multi for her</i>	151	D3000	152	NEPHPLEX RX	153
<i>multi for her 50+</i>	151	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nephro vitamins</i>	153
MULTI FOR HIM	151	D5000	152	NEPHRON FA	91
<i>multi for him 50+</i>	151	MVW COMPLETE FORMULATION		NEPHRONEX	153
<i>multi vitamin</i>	151	MINIS	152	NEPHRO-VITE	153
<i>multi vitamin w/d-3</i>	151	<i>mvw hi-d adek gummies</i>	152	NERLYNX	19
<i>multi vitamin/minerals</i>	151	MVW MODULATOR		<i>neti pot sinus wash</i>	103
MULTIGEN	91	FORMULATION	152	NEUTROGENA HAND	172
MULTIGEN PLUS	91	MVW MODULATOR		<i>nevirapine</i>	41
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	129	FORMULATION MINI	152	<i>nevirapine er</i>	41
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	129	<i>myamulti</i>	152	NEXLETOL	52
<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	151	<i>mycophenolate mofetil</i>	31	NEXLIZET	52
<i>multiple vitamins</i>	151	<i>mycophenolate sodium</i>	31	NEXPLANON	68
<i>multiple vitamins essential</i>	151	MYCOZYL AP	166	<i>niacin</i>	153
<i>multiple vitamins/liron</i>	151	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ..	76	<i>niacin er</i>	153
<i>multiple vitamins/womens</i>	151	MYLICON INFANTS GAS RELIEF ..	79	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	52
<i>multiple vitamins-minerals</i>	151	MYNEPHRON	152	<i>niacinamide</i>	153
<i>multipro</i>	151	MYRBETRIQ	86	<i>nicardipine hcl</i>	54
<i>multi-vit/liron/fluoride</i>	151	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	91	NICODERM CQ	126
<i>multivit/multimineral adult</i>	151	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	83	NICOMIDE	153
<i>multivitamin</i>	151	<i>nabumetone</i>	35	NICORETTE	126
<i>multi-vitamin</i>	151	<i>nadolol</i>	53	NICORETTE MINI	126
<i>multivitamin & mineral</i>	151	<i>nafacillin sodium</i>	50	NICORETTE STARTER KIT	126
<i>multivitamin adult</i>	151	NAGLAZYME	71	<i>nicotinamide</i>	153
<i>multivitamin adult (minerals)</i>	151	<i>nalbuphine hcl</i>	36	<i>nicotine</i>	127
<i>multivitamin adults</i>	151	<i>naloxone hcl</i>	126	<i>nicotine mini</i>	126
<i>multivitamin adults 50+</i>	151	<i>naltrexone hcl</i>	126	<i>nicotine polacrilex</i>	126
<i>multivitamin childrens</i>	151	NAMZARIC	117	<i>nicotine polacrilex mini</i>	126
<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	151	NAPHCON-A	92	<i>nicotine step 1</i>	126
<i>multivitamin childrens gummies</i>	151	<i>naproxen</i>	35	<i>nicotine step 2</i>	126
<i>multivitamin drops/liron</i>	151	<i>naproxen dr</i>	35	<i>nicotine step 3</i>	127

NICOTROL.....	127	NUEDEXTA.....	123	ondansetron.....	78
NICOTROL NS.....	127	NU-IRON.....	91	ondansetron hcl.....	78
nifedipine er.....	54	NULOJIX.....	31	ONE A DAY MENS VITACRAVES	153
nifedipine er osmotic release.....	54	NUPLAZID.....	121	one daily calcium/iron.....	153
NIFEREX.....	91	NURTEC.....	123	one daily complete.....	153
NIKKI.....	68	NUTRADERM.....	173	ONE DAILY ESSENTIAL.....	153
nilotinib hcl.....	19	NUTRILIPID.....	137	one daily for men 50+ advanced....	153
nilutamide.....	24	NUZYRA.....	51	one daily for men/lycopen.....	153
nimodipine.....	54	NYAMYC.....	166	one daily for women.....	153
NINJACOF-XG.....	109	NYLIA 1/35.....	68	one daily for women 50+ adv.....	153
NINLARO.....	19	NYLIA 7/7/7.....	68	one daily healthy weight adv.....	153
nitazoxanide.....	45	nystatin.....	43, 165, 166, 167	one daily maximum.....	153
nitisinone.....	71	NYSTOP.....	167	one daily mens.....	154
NITRO-BID.....	58	OCELLA.....	68	one daily mens 50+ multivit.....	153
nitrofurantoin macrocrystal.....	45	OCTAGAM.....	30	one daily mens health.....	153
nitrofurantoin monohyd macro.....	45	octreotide acetate.....	71, 72	one daily multivitamin adult.....	154
nitroglycerin.....	58, 172	ocular vitamins.....	153	one daily multivitamin/iron.....	154
NIVA-FOL.....	153	ocutabs.....	153	one daily womens.....	154
NIVANEX DMX.....	109	ocutabs-lutein.....	153	one daily womens 50 plus.....	154
NIX CREME RINSE.....	170	OCUVITE ADULT 50+.....	153	one daily womens 50+.....	154
nizatidine.....	75	OCUVITE ADULT FORMULA.....	153	one daily/minerals.....	154
no drip nasal spray.....	109	OCUVITE EXTRA.....	153	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN	154
no iron mult vitamin-minerals.....	153	OCUVITE EYE + MULTI.....	153	ONE VITE FERROUS SULFATE....	91
nohist-dm.....	109	OCUVITE EYE HEALTH		ONE-A-DAY ENERGY.....	154
non-aspirin.....	39	GUMMIES.....	153	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	154
non-aspirin extra strength.....	39	OCUVITE-LUTEIN.....	153	ONE-A-DAY FOR HER	
NORA-BE.....	68	ODEFSEY.....	42	VITACRAVES.....	154
norelgestromin-eth estradiol.....	68	ODOMZO.....	19	ONE-A-DAY FOR HIM	
norethin ace-eth estrad-fe.....	68	OFEV.....	103	VITACRAVES.....	154
norethindrone.....	68	ofloxacin.....	93, 97	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	154
norethindrone acetate.....	74	OGIVRI.....	19	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
norethindrone acet-ethinyl est.....	68	OGSIVEO.....	19, 20	FORMULA.....	154
norethindrone-eth estradiol.....	73	OJEMDA.....	20	ONE-A-DAY MENS.....	154
norethin-eth estradiol-fe.....	68	OJJAARA.....	20	ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ..	154
norgestimate-eth estradiol.....	68	olanzapine.....	121	ONE-A-DAY MENS 50+.....	154
norgestim-eth estrad triphasic.....	68	olmesartan medoxomil.....	51	ONE-A-DAY MENS 50+	
NORLYROC.....	68	olmesartan medoxomil-hctz.....	55	ADVANTAGE.....	154
NORTREL 0.5/35 (28).....	68	olmesartan-amlodipine-hctz.....	55	ONE-A-DAY MENS HEALTH	
NORTREL 1/35 (21).....	68	omega-3-acid ethyl esters.....	52	FORMULA.....	154
NORTREL 1/35 (28).....	68	omeprazole.....	81	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	154
NORTREL 7/7/7.....	68	omnicap.....	153	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	154
nortriptyline hcl.....	118	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO		ONE-A-DAY TEEN	
NORVIR.....	41	GEN 5.....	63	ADVANTAGE/HER.....	154
norwegian cod liver oil.....	153	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		ONE-A-DAY TEEN	
NOVAFERRUM.....	91	GEN 5.....	63	ADVANTAGE/HIM.....	154
NOVAFERRUM 50.....	91	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	63	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	154
NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	63	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	
DROPS.....	91	OMNIPOD 5 LIBRE2 G6 INTRO			154
NOVOLIN 70/30.....	63	GEN5.....	63	ONE-A-DAY VITACRAVES	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	63	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		IMMUNITY.....	154
NOVOLIN N.....	63	PODS.....	63	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	154
NOVOLIN N FLEXPEN.....	63	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ONE-A-DAY	
NOVOLIN R.....	63	3).....	63	VITACRAVES+OMEGA-3.....	154
NOVOLIN R FLEXPEN.....	63	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ..	63	ONE-A-DAY WEIGHT SMART	
NOVOLOG.....	63	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ..	63	ADVANCE.....	154
NOVOLOG FLEXPEN.....	63	OMNIPOD GO.....	64	ONE-A-DAY WOMENS.....	155
NOVOLOG MIX 70/30.....	63	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	45	ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ..	155
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	63	ON/GO ONE COVID-19 HOME		ONE-A-DAY WOMENS 50+.....	155
NOVOLOG PENFILL.....	63	TEST.....	45	ONE-A-DAY WOMENS 50+	
NUBEQA.....	24	ONCOVITE.....	153	ADVANTAGE.....	155

ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN.....	155	oxybutynin chloride.....	86	PEMAZYRE.....	20
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY.....	155	oxybutynin chloride er.....	86	pemetrexed disodium.....	25
ONE-A-DAY WOMENS PETITES.....	155	oxycodone hcl.....	36	PENBRAYA.....	33
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES.....	155	oxycodone-acetaminophen.....	36	penicillamine.....	60
one-daily multi caps.....	155	OXYCONTIN.....	36	penicillin g potassium.....	50
one-daily multi vitamins.....	155	oxymetazoline hcl.....	109	penicillin g sodium.....	50
one-daily multi-vit/mineral.....	155	OYSCO 500+D.....	135	penicillin v potassium.....	51
one-daily multi-vitamin.....	155	oyster shell calcium.....	135	PEN-KERA.....	173
one-daily multi-vitamin/liron.....	155	oyster shell calcium + d.....	135	penmenvy.....	33
one-daily/liron.....	155	oyster shell calcium + d3.....	135	PENTACEL.....	33
ONELAX.....	84	oyster shell calcium plus d.....	135	pentamidine isethionate.....	45
ONELAX DOCUSATE SODIUM.....	84	oyster shell calcium w/d.....	135	pentoxifylline er.....	88
ONELAX SENNA.....	84	oyster shell calcium/d.....	135	PENTRAVAN.....	173
ONTRUZANT.....	20	oyster shell calcium/d3.....	135	PENTRAVAN PLUS.....	173
ONUREG.....	25	oyster shell calcium/vit d3.....	135	perampanel.....	114
OPCON-A.....	92	oyster shell calcium/vitamin d.....	135	PERIDIN-C.....	155
OPIPZA.....	121	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE).....	61	perindopril erbumine.....	57
OPSUMIT.....	57	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	62	PERIOGARD.....	165
OPTICHAMBER DIAMOND.....	103	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	62	PERIOMED.....	165
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK.....	103	PACERONE.....	52	permethrin.....	170
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK.....	103	paclitaxel.....	26	perphenazine.....	121
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK.....	103	paclitaxel protein-bound part.....	26	petroleum jelly.....	58
optic-vites.....	155	pain & fever childrens.....	39	PFCB.....	58
OPTIFAST POST BARIATRIC.....	155	pain & fever infants.....	39	PFIZERPEN.....	51
OPTIMAL D3.....	155	pain relief.....	39	pharbechlor.....	100
OPTIMAL D3 M.....	155	pain relief extra strength.....	39	pharbedryl.....	100
optimum pms.....	155	pain relief regular strength.....	39	PHARBETOL.....	39
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG.....	155	paliperidone er.....	121	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	39
OPTIVITE P.M.T.....	155	pamidronate disodium.....	74	PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	58
OPURITY BYPASS OPTIMIZED.....	155	pan-c 500/bioflavonoids.....	155	PHARMABASE COSMETIC.....	59
oral electrolytes.....	131	PANRETIN.....	173	PHARMABASE COSMETIC NATURAL.....	59
oral suspend.....	58	pantoprazole sodium.....	81	PHARMABASE LIGHT.....	59
oralyte.....	131	PANZYGA.....	30	PHARMABASE VAGINAL.....	59
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED.....	58	paricalcitol.....	60	pharmacist choice d-vitamin.....	155
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN.....	58	paroxetine hcl.....	118	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	79
ORA-PLUS.....	58	parvlex.....	155	PHAZYME ULTRA STRENGTH.....	80
ORASEP.....	165	PAXLOVID (150/100).....	47	phendimetrazine tartrate.....	74
ORAZINC.....	135	PAXLOVID (300/100 & 150/100).....	47	phenelzine sulfate.....	118
ORGOVYX.....	24	PAXLOVID (300/100).....	47	phenobarbital.....	114
ORKAMBI.....	103	pazopanib hcl.....	20	phenobarbital sodium.....	125
orlistat.....	74	pc pediatric poly-vital/fe drop.....	155	phentermine hcl.....	74
ORQUIDEA.....	68	pc pediatric poly-vitamin drop.....	155	phenylephrine hcl.....	109
ORSERDU.....	24	PCCA BASE 7542.....	58	phenylephrine-dm-gg.....	109
OS-CAL.....	135	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE.....	58	PHENYTEK.....	114
OS-CAL CALCIUM + D3.....	135	ped electrolyte freeze pops.....	131	phenytoin.....	114
OS-CAL EXTRA D3.....	135	ped electrolyte freezer pops.....	131	phenytoin sodium.....	125
oseltamivir phosphate.....	47	PEDIA VANCE.....	131	phenytoin sodium extended... 114, 125	
OSTEOPRIME PLUS.....	155	PEDIA-LAX.....	84	PHESGO.....	20
oxacillin sodium.....	50	PEDIALYTE.....	131	PHILITH.....	68
oxaliplatin.....	14	PEDIALYTE ADVANCED CARE... 131		PHYTOBASE.....	59
oxcarbazepine.....	113	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	131	PHYTOMULTI.....	155
		PEDIALYTE SINGLES.....	131	phytonadione.....	155
		PEDIARIX.....	33	PIFELTRO.....	41
		pediatric electrolyte.....	131	pilocarpine hcl.....	92, 165
		PEDVAX HIB.....	33	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.....	45
		peg 3350.....	84	pimecrolimus.....	173
		peg 3350-kcl-na bicarb-nacl.....	84	pimozide.....	121
		peg-3350/electrolytes.....	84	PIMTREA.....	68
		PEGASYS.....	47	pin-away.....	45

<i>pindolol</i>	54	<i>prenatal vitamins</i>	156	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	110
<i>pinworm medicine</i>	45	<i>prenatal/iron</i>	156	<i>psyllium fiber</i>	84
<i>pioglitazone hcl</i>	62	PRESERVISION AREDS.....	156	PULMOZYME.....	103
<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	62	PRESERVISION AREDS 2.....	156	<i>pure calcium carbonate</i>	135
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	51	PRESERVISION AREDS 2+MULTI		<i>pure comfort spacer chamber</i>	103
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	20	VIT.....	156	<i>purevit dualfe plus</i>	91
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	20	PRESERVISION/LUTEIN.....	156	PUREWAY-C.....	156
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	20	PRETTY FEET/HANDS.....	173	PURIXAN.....	25
<i>pirfenidone</i>	103	PREVALITE.....	52	<i>pyrazinamide</i>	42
<i>piroxicam</i>	35	<i>prevent</i>	156	<i>pyridostigmine bromide</i>	123
<i>plain niacin</i>	155	PREVYMIS.....	47	<i>pyridoxine hcl</i>	156
PLENAMINE.....	137	PREZCOBIX.....	42	<i>pyrimethamine</i>	45
PLENVU.....	84	PREZISTA.....	41	PYZCHIVA.....	28
POCKET CHAMBER.....	103	PRIFTIN.....	42	<i>qc 3 day</i>	86
POCKET SPACER.....	103	<i>primaquine phosphate</i>	46	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	39
<i>podofilox</i>	173	<i>primidone</i>	114	<i>qc acetaminophen infants</i>	39
POLYCIN.....	93	PRIORIX.....	33	<i>qc all day allergy</i>	100
<i>polyethylene glycol 3350</i>	59, 84	PRIVIGEN.....	30	<i>qc allergy childrens</i>	100
POLY-IRON 150.....	91	<i>pro comfort spacer adult</i>	103	<i>qc allergy relief</i>	100
<i>polymyxin b sulfate</i>	45	<i>pro comfort spacer child</i>	103	<i>qc antacid</i>	76
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	93	<i>pro comfort spacer infant</i>	103	<i>qc antacid/anti-gas</i>	76
<i>polysaccharide iron complex</i>	91	<i>probenecid</i>	40	<i>qc anti-diarrheal</i>	77
<i>polysaccharide-iron complex</i>	91	PRO-CAL.....	156	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	167
<i>poly-tussin ac</i>	109	<i>procare spacer/adult mask</i>	103	<i>qc anti-itch extra strength</i>	173
POLY-VENT IR.....	109	<i>procare spacer/child mask</i>	103	<i>qc arthritis pain relief</i>	39
POLY-VI-FLOR.....	156	PROCERV HP.....	156	<i>qc artificial tears</i>	95
<i>polyvinyl alcohol</i>	95	<i>prochlorperazine</i>	78	<i>qc aspirin</i>	39
POLY-VI-SOL.....	156	<i>prochlorperazine edisylate</i>	78	<i>qc aspirin low dose</i>	39
POLY-VI-SOL/IRON.....	156	<i>prochlorperazine maleate</i>	78	<i>qc calamine</i>	173
<i>poly-vita</i>	156	PROCRIT.....	89	<i>qc calcium fast dissolution</i>	135
<i>poly-vital/iron</i>	156	PROCTOCORT.....	173	<i>qc childrens complete</i>	156
<i>poly-vite pediatric</i>	156	PROCTO-MED HC.....	173	<i>qc childrens ibuprofen</i>	35
<i>poly-vitel/iron</i>	156	PROCTOSOL HC.....	173	<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	156
POMALYST.....	26	PROCTOZONE-HC.....	173	<i>qc clotrimazole</i>	86
PORTIA-28.....	68	<i>progesterone</i>	74	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	156
<i>posaconazole</i>	43	PROGRAF.....	31	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	156
<i>potassium chloride</i>	129, 130	PROLASTIN-C.....	103	<i>qc diarrhea relief</i>	77
<i>potassium chloride crys er</i>	130	PROLIA.....	74	<i>qc enema</i>	84
<i>potassium chloride er</i>	130	<i>promethazine hcl</i>	78	<i>qc enteric aspirin</i>	39
<i>potassium chloride in nacl</i>	129	<i>promethazine vcl/codeine</i>	110	<i>qc epsom salt</i>	84
<i>potassium citrate er</i>	87	<i>promethazine-codeine</i>	110	<i>qc ferrous sulfate</i>	91
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	129	<i>promethazine-dm</i>	110	<i>qc fiber laxative</i>	84
<i>povidone-iodine</i>	173	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3...135		<i>qc gentle laxative</i>	84
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	116	<i>propafenone hcl</i>	52	<i>qc ibuprofen</i>	35
<i>prasugrel hcl</i>	92	<i>propafenone hcl er</i>	52	<i>qc loratadine allergy relief</i>	100
<i>pravastatin sodium</i>	53	<i>proparacaine hcl</i>	95	<i>qc loratadine-d</i>	110
<i>praziquantel</i>	45	<i>propranolol hcl</i>	54	<i>qc mens daily multivitamin</i>	156
<i>prazosin hcl</i>	53	<i>propranolol hcl er</i>	54	<i>qc miconazole 7</i>	86
<i>prednisolone</i>	73	<i>propylthiouracil</i>	59	<i>qc milk of magnesia</i>	84
<i>prednisolone acetate</i>	94	PROQUAD.....	33	<i>qc mineral oil heavy</i>	84
<i>prednisolone sodium phosphate 73</i> , 94		PRORENAL + D.....	156	<i>qc mucus relief</i>	110
<i>prednisone</i>	73	PRORENAL + D W/ OMEGA-3....156		<i>qc mucus relief er</i>	110
PREDNISONE INTENSOL.....	73	PROSIGHT.....	156	<i>qc multi-vite</i>	157
<i>preferred plus insulin syringe</i>	64	PROSOL.....	137	<i>qc multi-vite 50 & over</i>	156
<i>pregabalin</i>	114	PROTECT CARDIO AF.....	156	<i>qc nasal decongestant pe</i>	110
PREMASOL.....	137	PROTECT PLUS SO.....	156	<i>qc natura-lax</i>	84
<i>prenatal</i>	130, 156	PROTEGRA.....	156	<i>qc nicotine transdermal system</i>	127
<i>prenatal 19</i>	156	<i>protriptyline hcl</i>	118	<i>qc non-aspirin extra strength</i>	39
<i>prenatal one daily</i>	156	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	110	<i>qc pain relief</i>	39
<i>prenatal vitamin and mineral</i>	156	<i>pseudoephedrine hcl</i>	110	<i>qc pain relief childrens</i>	39

<i>qc pain relief extra strength</i>	39	<i>ra pediatric electrolyte</i>	131	RESTASIS MULTIDOSE.....	96
<i>qc petroleum jelly</i>	59	<i>ra slow release iron</i>	91	RESTORA RX.....	77
<i>qc povidone iodine</i>	173	<i>ra vitamin a</i>	157	RETEVMO.....	20
<i>qc psyllium fiber</i>	84	<i>ra vitamin b-1</i>	157	REVUFORJ.....	20
<i>qc stomach relief</i>	77	<i>ra vitamin b12</i>	157	REXULTI.....	121
<i>qc stool softener</i>	84	<i>ra vitamin b-12</i>	157	REYATAZ.....	41
<i>qc stool softener pls laxative</i>	84	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	157	REZLIDHIA.....	20
<i>qc suphedrine maximum strength</i> ..	110	<i>ra vitamin b-6</i>	157	REZUROCK.....	31
<i>qc therin-m</i>	157	<i>ra vitamin c</i>	157	RHOPRESSA.....	92
<i>qc tolnaftate</i>	167	<i>ra vitamin c cr</i>	157	<i>ribavirin</i>	47
<i>qc triple antibiotic max st</i>	168	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	157	<i>rifabutin</i>	42
<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	110	<i>ra vitamin d-3</i>	157, 158	<i>rifampin</i>	42
<i>qc tussin expectorant adult</i>	110	<i>ra vitamins complete childrens</i>	158	<i>riluzole</i>	123
<i>qc urinary pain relief</i>	45	<i>ra zinc</i>	136	<i>rimantadine hcl</i>	47
<i>qc vapor inhaler</i>	110	RABAVERT.....	33	RINVOQ.....	28
<i>qc vegetable laxative</i>	84	<i>rabeprazole sodium</i>	81	RINVOQ LQ.....	28
<i>qc vitamin d3</i>	157	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		RISABAL-PH.....	173
<i>qc womens daily multivitamin</i>	157	D3.....	158	<i>risedronate sodium</i>	74
QINLOCK.....	20	RALDESY.....	118	<i>risperidone</i>	122
Q-SORB CO Q-10.....	128	<i>raloxifene hcl</i>	72	<i>risperidone microspheres er</i>	122
QSYMIA.....	74	<i>ramipril</i>	58	RITEFLO.....	103
QUADRACEL.....	33	<i>ranolazine er</i>	57	<i>ritonavir</i>	41
<i>quetiapine fumarate</i>	121	<i>rasagiline mesylate</i>	116	<i>rivaroxaban</i>	88
<i>quetiapine fumarate er</i>	121	REALITY LATEX CONDOMS.....	68	<i>rivastigmine</i>	117
QUFLORA FE.....	157	RECLIPSEN.....	68	<i>rivastigmine tartrate</i>	117
QUFLORA FE PEDIATRIC.....	157	RECOMBIVAX HB.....	33	RIVELSA.....	69
QUFLORA PEDIATRIC.....	157	<i>reeses pinworm medicine</i>	45	<i>rizatriptan benzoate</i>	123
QUICKVUE AT-HOME COVID-19		REFRESH.....	95	<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	110
TEST.....	45	REFRESH CELLUVISC.....	95	ROBAFEN DM.....	110
<i>quin b strong</i>	157	REFRESH DIGITAL.....	95	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	110
<i>quinapril hcl</i>	58	REFRESH DIGITAL PF.....	95	ROCKLATAN.....	92
<i>quinidine sulfate</i>	52	REFRESH LIQUIGEL.....	95	<i>roflumilast</i>	104
<i>quinine sulfate</i>	46	REFRESH OPTIVE.....	95	ROMVIMZA.....	20
<i>quintabs</i>	157	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	95	<i>ropinirole hcl</i>	116
<i>quintabs-m</i>	157	REFRESH OPTIVE ADVANCED		<i>rosuvastatin calcium</i>	53
QULIPTA.....	123	PF.....	95	ROSYRAH.....	69
<i>ra balanced b-100</i>	157	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	95	ROTARIX.....	33
<i>ra balanced b-50</i>	157	REFRESH OPTIVE PF.....	96	ROTATEQ.....	33
<i>ra b-complex</i>	157	REFRESH PLUS.....	96	ROWEEPRA.....	114
<i>ra b-complex with b-12</i>	157	REFRESH RELIEVA.....	96	ROZLYTREK.....	20, 21
<i>ra biotin</i>	157	REFRESH RELIEVA PF.....	96	RUBRACA.....	21
<i>ra calcium 600</i>	135	REFRESH TEARS.....	96	<i>rufinamide</i>	114
<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	135	REGULOID.....	84	RUKOBIA.....	41
<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	135	REHYDRALYTE.....	131	RYBELSUS.....	62
<i>ra calcium citrate plus vit d</i>	135	RELENZA DISKHALER.....	47	RYDAPT.....	21
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	135	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	64	<i>rynex pse</i>	110
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	135	RELISTOR.....	80	<i>sacubitril-valsartan</i>	55
RA CENTRAL-VITE.....	157	REMICADE.....	28	SAJAZIR.....	88
<i>ra central-vite womens mature</i>	157	RENAL.....	158	SANTYL.....	167
<i>ra coenzyme q-10</i>	128	<i>renal vitamin</i>	158	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	72
<i>ra folic acid</i>	157	RENAPLEX.....	158	<i>sb 12hr nasal spray</i>	110
RA HI CAL.....	135	RENAPLEX-D.....	158	<i>sb allergy</i>	100
<i>ra high potency iron</i>	91	<i>rena-vite</i>	158	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	110
<i>ra iron</i>	91	<i>rena-vite rx</i>	158	<i>sb antacid</i>	76
<i>ra natural magnesium</i>	136	RENFLEXIS.....	28	<i>sb anti-diarrhea</i>	77
<i>ra niacin</i>	157	<i>reno caps</i>	158	<i>sb calcium + d</i>	136
<i>ra no flush niacin</i>	157	<i>repaglinide</i>	62	<i>sb cough control</i>	110
<i>ra one daily maximum</i>	157	REPATHA.....	52	<i>sb coughtab</i>	110
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	157	REPATHA SURECLICK.....	52	<i>sb lice killing max st</i>	170
<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	157	RESTASIS.....	96	<i>sb loratadine</i>	100

<i>sb milk of magnesia</i>	84	<i>sm 3-day vaginal</i>	86	<i>sm epsom salt</i>	85
<i>sb oyster shell calcium</i>	136	<i>sm 8 hour pain relief</i>	39	<i>sm fexofenadine hcl</i>	100
<i>sb pediatric electrolyte</i>	131	<i>sm alcohol</i>	59	<i>sm fiber</i>	85
<i>sb povidone-iodine</i>	173	<i>sm all day allergy</i>	100	<i>sm fiber powder</i>	85
<i>sb vitamin c</i>	158	<i>sm all day allergy childrens</i>	100	<i>sm folic acid</i>	158
<i>scar care</i>	59	<i>sm all day allergy relief</i>	100	<i>sm gas relief</i>	80
SCSEMBLIX.....	21	<i>sm all day allergy-d</i>	110	<i>sm gas relief infants</i>	80
scopolamine.....	78	<i>sm allergy childrens</i>	100	<i>sm gentle laxative</i>	85
SECUADO.....	122	<i>sm allergy relief</i>	100	<i>sm hair/skin/nails</i>	158
<i>selegiline hcl</i>	116	<i>sm allergy relief childrens</i>	100	<i>sm ibuprofen</i>	35
<i>selenious acid</i>	137	<i>sm animal shapes complete</i>	158	<i>sm ibuprofen ib</i>	35
<i>selenium sulfide</i>	167	<i>sm animal shapes kids first</i>	158	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	35
SELZENTRY.....	41	<i>sm antacid</i>	76	<i>sm infants ibuprofen</i>	35
<i>senexon-s</i>	84	<i>sm antibiotic</i>	168	<i>sm iron</i>	91
<i>senior tabs</i>	158	<i>sm anti-diarrheal</i>	77	<i>sm iron slow release</i>	91
<i>senna</i>	84	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	167	<i>sm lice killing max strength</i>	170
<i>senna laxative</i>	84	<i>sm antifungal miconazole</i>	167	<i>sm lice treatment</i>	170
<i>senna plus</i>	84	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	167	<i>sm loratadine</i>	100
<i>senna s</i>	84	<i>sm anti-itch extra strength</i>	173	<i>sm loratadine allergy relief</i>	100
<i>senna-lax</i>	85	<i>sm antioxidant vitamins</i>	158	<i>sm lorata-dine d</i>	110
<i>senna-plus</i>	85	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	173	<i>sm loratadine d 12hr</i>	110
<i>senna-s</i>	85	<i>sm arthritis pain relief</i>	40	<i>sm lubricant eye drops</i>	96
<i>senna-tabs</i>	85	<i>sm arthritis pain reliever</i>	40	<i>sm lubricating plus</i>	96
<i>senna-time</i>	85	<i>sm aspirin adult low strength</i>	40	<i>sm lubricating tears</i>	96
<i>senna-time s</i>	85	<i>sm aspirin low dose</i>	40	<i>sm magnesium oxide</i>	136
<i>sennosides-docusate sodium</i>	85	<i>sm b super vitamin complex</i>	158	<i>sm miconazole 3</i>	86
SENOKOT.....	85	<i>sm b100 complex</i>	158	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	86
SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	85	<i>sm b-complex</i>	158	<i>sm miconazole 7</i>	86
SENOKOT S.....	85	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	158	<i>sm milk of magnesia</i>	85
<i>sentry</i>	158	<i>sm benzoin tincture</i>	173	<i>sm mucus relief</i>	110
<i>sentry senior</i>	158	<i>sm benzoin tincture nfxi</i>	173	<i>sm multiple vitamins essential</i>	158
SEREVENT DISKUS.....	97	<i>sm biotin</i>	158	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	158
<i>sertraline hcl</i>	118	<i>sm calamine</i>	173	<i>sm nasal decongestant</i>	110
<i>se-tan plus</i>	91	<i>sm calamine phenolated</i>	173	<i>sm nasal decongestant pe</i>	111
SETLAKIN.....	69	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	136	<i>sm nasal spray</i>	111
SHAROBEL.....	69	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	136	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	111
SHINGRIX.....	33	<i>sm calcium 600+d3</i>	136	<i>sm nasal spray sinus</i>	111
SIDEROL.....	158	<i>sm calcium antacid</i>	76	<i>sm niacin cr</i>	158
SIGNIFOR.....	72	<i>sm calcium citrate+/vit d3</i>	136	<i>sm nicotine</i>	127
SIKLOS.....	88	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	136	<i>sm nicotine polacrilex</i>	127
<i>sildenafil citrate</i>	57	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	136	<i>sm one daily mens</i>	159
<i>silver sulfadiazine</i>	168	<i>sm calcium/vitamin d</i>	136	<i>sm one daily womens</i>	159
SIMBRINZA.....	92	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	136	<i>sm opti-vitamins</i>	159
<i>simethicone</i>	80	<i>sm calcium-vitamin d</i>	136	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	136
<i>simethicone drops infants</i>	80	<i>sm chewable vitamin c</i>	158	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	136
<i>simethicone ultra strength</i>	80	<i>sm childrens ibuprofen</i>	35	<i>sm pain & fever childrens</i>	40
SIMLIYA.....	69	<i>sm childrens loratadine</i>	100	<i>sm pain & fever infants</i>	40
SIMPESSE.....	69	SM CLEARLAX.....	85	<i>sm pain reliever</i>	40
<i>simvastatin</i>	53	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	86	<i>sm pain reliever childrens</i>	40
<i>sinus nasal spray</i>	110	<i>sm co q-10</i>	128	<i>sm pain reliever ex st</i>	40
<i>sinus relief extra strength</i>	110	<i>sm coenzyme q-10</i>	128	<i>sm pediatric electrolyte</i>	131
<i>sirolimus</i>	31	<i>sm complete</i>	158	<i>sm povidone-iodine</i>	173
SIRTURO.....	42	<i>sm complete 50+</i>	158	<i>sm senna laxative</i>	85
SKYRIZI.....	28, 29	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	158	<i>sm senna-s</i>	85
SKYRIZI PEN.....	28	<i>sm complete 50+ ultimate women</i> ..	158	<i>sm slow release dried iron</i>	91
SLO-NIACIN.....	158	<i>sm complete advanced formula</i>	158	<i>sm slow release iron</i>	91
SLOW FE.....	91	<i>sm complete senior formula</i>	158	<i>sm stomach relief</i>	77
<i>slow iron</i>	91	<i>sm dry eye relief</i>	96	<i>sm stool softener</i>	85
<i>slow release iron</i>	91	<i>sm ear drops</i>	174	<i>sm stool softener/laxative</i>	85
SLOW-MAG.....	136	<i>sm enema</i>	85	<i>sm super b complex/c</i>	159

<i>sm triple antibiotic</i>	168	<i>stomach relief extra strength</i>	77	SYNAREL.....	72
<i>sm triple antibiotic max st</i>	168	<i>stomach relief ultra</i>	77	SYNJARDY.....	62
<i>sm triple antibiotic original</i>	168	<i>stool softener</i>	85	SYNJARDY XR.....	62
<i>sm tussin cf</i>	111	<i>stool softener laxative</i>	85	SYNTHROID.....	59
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	111	<i>stool softener plus laxative</i>	85	SYRSPEND SF.....	59
<i>sm tussin dm</i>	111	<i>stool softener/laxative</i>	85	SYSTANE.....	96
<i>sm tussin dm max</i>	111	<i>streptomycin sulfate</i>	46	SYSTANE BALANCE.....	96
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	111	<i>stress formula</i>	159	SYSTANE COMPLETE.....	96
<i>sm vit c/rose hips</i>	159	<i>stress formula (folic acid)</i>	159	SYSTANE HYDRATION PF.....	96
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	159	<i>stress formulaliron</i>	159	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	160
<i>sm vitamin b1</i>	159	STRESSTABS ADVANCED.....	159	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	96
<i>sm vitamin b-12</i>	159	STRESSTABS ENERGY.....	159	SYSTANE ULTRA.....	96
<i>sm vitamin b12 tr</i>	159	STRIBILD.....	42	SYSTANE ULTRA PF.....	96
<i>sm vitamin b6</i>	159	STROVITE ONE.....	159	TAB-A-VITE.....	160
<i>sm vitamin b-6</i>	159	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	173	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE.....	160
<i>sm vitamin c</i>	159	STYE.....	96	TAB-A-VITE/IRON.....	160
<i>sm vitamin c cr</i>	159	SUBVENITE.....	114	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	159	<i>sucralfate</i>	80	CAROTENE.....	160
<i>sm vitamin d</i>	159	SUDOGEST.....	111	TABLOID.....	25
<i>sm vitamin d3</i>	159	<i>sudogest 12 hour</i>	111	TABRECTA.....	21
<i>sm vitamin e</i>	159	SUDOGEST MAXIMUM		<i>tacrolimus</i>	31, 173
<i>sm zinc gluconate</i>	136	STRENGTH.....	111	<i>tadalafil</i>	87
<i>sodium bicarbonate</i>	76	<i>sulfacetamide sodium</i>	93	<i>tadalafil (pah)</i>	57
<i>sodium chloride</i>	111, 129, 168	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	167	TAFINLAR.....	21
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	96	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	93	TAGRISSO.....	21
<i>sodium fluoride</i>	130, 136	<i>sulfadiazine</i>	46	TALZENNA.....	21
<i>sodium oxybate</i>	125	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	46	<i>tamoxifen citrate</i>	24
<i>sodium phenylbutyrate</i>	72	SULFAMYLON.....	168	<i>tamsulosin hcl</i>	87
<i>sodium phosphates</i>	136	<i>sulfasalazine</i>	80, 81	TANDEM.....	91
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	60	<i>sulindac</i>	35	TANDEM PLUS.....	91
<i>solifenacin succinate</i>	86	<i>sumatriptan</i>	123	TARINA 24 FE.....	69
SOLQUA.....	64	<i>sumatriptan succinate</i>	124	TARINA FE 1/20 EQ.....	69
<i>solo</i>	159	<i>sumatriptan succinate refill</i>	124	TASIGNA.....	21
SOLTAMOX.....	24	<i>sunitinib malate</i>	21	<i>tasimelteon</i>	124
SOLU-CORTEF.....	73	SUNLENCA.....	41	TAVNEOS.....	88
SOMATULINE DEPOT.....	72	<i>super antioxidant</i>	159	<i>tazarotene</i>	169
SOMAVERT.....	72	<i>super aytinal</i>	159	TAZICEF.....	49
SOOTHE XP.....	96	<i>super aytinal 50 plus</i>	159	TAZORAC.....	169
SOOTHE XP XTRA PROTECTION.....	96	<i>super b complex/fa/vit c</i>	159	TAZVERIK.....	21
<i>sorafenib tosylate</i>	21	<i>super b complex/vitamin c</i>	159	TECENTRIQ.....	21
<i>sotalol hcl</i>	52	<i>super b-complex + vitamin c</i>	159	TECENTRIQ HYBREZA.....	21
<i>sotalol hcl (af)</i>	52	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	159	<i>teeny tummy gas relief drops</i>	80
SOTYKTU.....	29	<i>super biotin</i>	159	TEFLARO.....	49
<i>span c</i>	159	<i>super calcium</i>	136	<i>telmisartan</i>	51
SPECTRAVITE.....	159	<i>super calcium 600 + d 400</i>	136	<i>telmisartan-amlodipine</i>	55
SPEEDY SWAB COVID-19		<i>super calcium 600 + d3</i>	136	<i>telmisartan-hctz</i>	55
ANTIGEN.....	45	<i>super daily d3</i>	160	<i>temazepam</i>	124
<i>spironolactone</i>	51	<i>super multiple</i>	160	TENIVAC.....	33
<i>spironolactone-hctz</i>	56	SUPER QUINTS B-50.....	160	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	41
SPRINTEC 28.....	69	<i>super thera vite m</i>	160	TEPMETKO.....	21
SPRITAM.....	114, 125	<i>super vita-mins</i>	160	<i>terazosin hcl</i>	53
SPS (SODIUM POLYSTYRENE		<i>suphedrine 12hour</i>	111	<i>terbinafine hcl</i>	43, 167
SULF).....	60	<i>support</i>	160	<i>terbutaline sulfate</i>	97
SRONYX.....	69	SUPPORT-500.....	160	<i>terconazole</i>	86
SSD.....	168	<i>sv iron</i>	91	<i>teriparatide</i>	74
STELARA.....	29	<i>sv vitamin b-12 er</i>	160	<i>testosterone</i>	60
<i>sterile water for irrigation</i>	168	SYEDA.....	69	<i>testosterone cypionate</i>	60
<i>stimulant laxative</i>	85	SYMDEKO.....	104	<i>testosterone enanthate</i>	60
STIVARGA.....	21	SYMPAZAN.....	114	<i>tetrabenazine</i>	123
<i>stomach relief</i>	77	SYMTUZA.....	42	<i>tetracycline hcl</i>	51

THALOMID	26	TOUJEO MAX SOLOSTAR	64	tropical liquid nutrition	161
THE MAGIC BULLET	85	TOUJEO SOLOSTAR	64	tropsium chloride	87
theophylline	104	TPN ELECTROLYTES	130	true ferrous sulfate	91
theophylline er	104	TRADJENTA	62	true folic acid	161
THERA	160	TRALEMENT	137	true magnesium oxide	136
thera vital m	160	tramadol hcl	36	true multivitamin	161
therabasic-m	160	tramadol-acetaminophen	36	true vitamin b12	161
THERA-D 2000	160	trandolapril	58	true vitamin b6	161
THERA-D 4000	160	tranexamic acid	88	true vitamin c	161
THERA-D RAPID REPLETION	160	tranylcypromine sulfate	118	true vitamin d3	161
THERAGRAN-M	160	TRAVASOL	137	true vitamin e	161
THERAGRAN-M ADVANCED	160	TRAZIMERA	22	truelyte	131
THERAGRAN-M ADVANCED 50 PLUS	160	TRAZODONE hcl	118	TRULICITY	62
THERAGRAN-M PREMIER	160	TRELEGY ELLIPTA	101	TRUMENBA	33
THERAGRAN-M PREMIER 50 PLUS	160	TREMFYA	29	TRUQAP	22
THERAMILL FORTE	160	TREMFYA CROHNS INDUCTION	29	TRUSTEX	
therapeutic formula/hematinics	160	TREMFYA ONE-PRESS	29	LUB/RIBBED/STUDDED	69
therapeutic moisturizing	173	TREMFYA PEN	29	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX	
therapeutic-m	160	treprostinil	57	ST	69
thera-tabs	160	TRESIBA	64	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	69
thera-tabs m	160	TRESIBA FLEXTOUCH	64	TRUSTEX LUBRICATED	69
THERATEARS	96	tretinoin	26, 167	TRUSTEX LUBRICATED EX	
THERATRUM COMPLETE	160	triamcinolone acetonide	165, 170	LARGE	69
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS	160	triamterene-hctz	56	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA	
THEREMS	160	tri-buffered aspirin	40	ST	69
thiamine hcl	160, 161	TRICON	91	TRUSTEX	
thiamine mononitrate	161	TRIDACAINE II	168	LUBRICATED/SPERMICIDE	69
thioridazine hcl	122	TRIDERM	170	TRUSTEX NON-LUBRICATED	70
thiothixene	122	trientine hcl	60	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	70
TIADYL T ER	54	TRI-ESTARYLLA	69	TRUSTEX RIA LUBRICATED	70
tiagabine hcl	114	trifluoperazine hcl	122	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	70
TIBSOVO	22	trifluridine	94	TRUSTEX-NONOXYNOL-	
ticagrelor	92	trigels-f forte	91	9/RIB/STUD	70
TICOVAC	33	trihexyphenidyl hcl	116	TRUXIMA	22
tigecycline	51	TRIJARDY XR	62	TUKYSA	22
TILIA FE	69	TRIKAFTA	104	TUMS	76
timolol maleate	54, 92	TRI-LEGEST FE	69	TURALIO	22
tinidazole	46	TRI-LINYAH	69	TURQOZ	70
TIVICAY	41	TRI-LO-ESTARYLLA	69	TUSNEL	111
TIVICAY PD	41	TRI-LO-MARZIA	69	TUSNEL C	111
tizanidine hcl	116	TRI-LO-MILI	69	tusnel diabetic	111
tm-daily vite	161	TRI-LO-SPRINTEC	69	TUSNEL DM	111
tm-vite rx	161	trimethoprim	46	TUSNEL DM PEDIATRIC	111
TOBI PODHALER	46	TRI-MILI	69	TUSNEL PEDIATRIC	111
TOBRADEX	93	trimipramine maleate	118	TUSNEL-DM PEDIATRIC	111
tobramycin	46, 93	TRINTELLIX	118	TUSNEL-EX	111
tobramycin sulfate	46	TRI-NYMYO	69	tussin cf	111
tobramycin-dexamethasone	93	triphrocaps	161	tussin cough	111
tolnaftate	167	triple antibiotic	168	tussin dm	111
tolnaftate antifungal	167	triple antibiotic plus	168	tussin dm cough + chest	111
tolterodine tartrate	87	triple antibiotic+pain relief	168	tussin mucus & chest congest	111
tolterodine tartrate er	87	TRIPLE PASTE AF	167	tussin mucus+chest congestion	111
topiramate	114	TRI-SPRINTEC	69	TWINRIX	33
toremifene citrate	24	TRIUMEQ	43	TYBOST	41
TORPENZ	22	triumeq pd	43	TYDEMY	70
torsemide	56	tri-vite/fluoride	161	TYENNE	29
total allergy	100	TRI-VYLIBRA	69	TYPHIM VI	33
		TRI-VYLIBRA LO	69	U-BASE	59
		TROGARZO	41	UBRELVY	124
		TROPHAMINE	137	UDAMIN SP	161

ULTRA BONEUP	161	VENTRIXYL FE	161	vitamin c drops	162
ultra calcium + vitamin d3	136	VEOZAH	72	vitamin c er	162, 163
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		verapamil hcl	54	vitamin c gummies	163
KIDS	161	verapamil hcl er	54	vitamin c plus wild rose hips	163
ultra freeda	161	VERQUVO	57	vitamin c/rose hips	163
ultra freedaliron	161	VERSACLOZ	122	vitamin c/rose hips tr	163
ULTRA FRESH	96	versatile cream base	59	vitamin c-rose hips	163
ultra lubricating eye drops	96	VERSIGEL	59	vitamin c-rose hips er	163
ultra lubricating eye drops pf	96	VERZENIO	22	vitamin c-rose hips tr	163
ULTRACHOICE ADV FORMULA		VESTURA	70	vitamin d	163
MATURE	161	VIC-FORTE	161	vitamin d (cholecalciferol)	163
ULTRACHOICE ADVANCED		VIENVA	70	vitamin d (ergocalciferol)	163
FORMULA	161	vigabatrin	115	vitamin d high potency	163
UNITHROID	59	VIGADRONE	115	vitamin d infant	163
UPSPRING BABY VIT D	161	VIGAFYDE	115	VITAMIN D-1000 MAX ST	163
UPTRAVI	57	VIGPODER	115	vitamin d3	163
UPTRAVI TITRATION	57	vilazodone hcl	119	vitamin d-3	163
ursodiol	80	VIMKUNYA	34	vitamin d3 complete	163
valacyclovir hcl	47	vincristine sulfate	26	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH	163
VALCHLOR	173	vinorelbine tartrate	26	vitamin d3 maximum strength	163
valganciclovir hcl	47	viorele	70	vitamin d3 super strength	164
valproate sodium	125	VIRACEPT	41	vitamin d3 ultra strength	164
valproic acid	114	VIREAD	41	vitamin e	164
valsartan	51	virt-caps	161	vitamin e blend	164
valsartan-hydrochlorothiazide	55	vision formulallutein	161	vitamin e high potency	164
VALTOCO 10 MG DOSE	114	vision health	161	vitamin e water soluble	164
VALTOCO 15 MG DOSE	114	vision vitamins	161	vitamin k1	164
VALTOCO 20 MG DOSE	114	VISTA ADVANCED AREDS2		vitamins acd-fluoride	164
VALTOCO 5 MG DOSE	115	FORMULA	162	vitamins a-d-e/selenium	164
VALTYA 1/35	70	VISTA ADVANCED DRY EYE		VITASANA	164
VALTYA 1/50	70	FORMULA	162	vitatrum	164
value plus glucose	60	vit e-vit c-beta carotene	162	VITATRUM COMPLETE	164
VANACOF DM	111	vita c/bioflavonoids/rose hips	162	VITRAKVI	22
VANATAB DM	111	vita hair	162	VITRAMYN	164
vancomycin hcl	46	vitabasic complete	162	VITRANOL	164
vancomycin hcl in nacl	46	vitabasic senior	162	VITRANOL FE	164
VANFLYTA	22	vitabex plus	162	VITREXATE	164
VANIBASE	59	vitachew adult multi vitamin	162	VITREXATE FE	164
VANICREAM	173	vitachew multiple vitamin	162	VITREXYL	164
vanishing cream botanical base	59	vitachew vit c citrus burst	162	VITREXYL + IRON	164
VAQTA	33	VITAJEY DAILY C GUMMIES	162	VITRON-C	92
varenicline tartrate	127	VITAJEY MULTI GUMMIES		vitrum 50+ senior multi	164
varenicline tartrate (starter)	127	ADULT	162	VITRUM SENIOR	164
VARIVAX	33	VITAL-D RX	162	vivimusta	14
VASCEPA	52	vitalee	162	VIVITROL	127
VAXCHORA	34	VITALETS CHILDRENS	162	VIVOTIF	34
v-c forte	161	vitamin a	162	VIZIMPRO	22
vegetable lax+stool softener	85	vitamin b + c complex	162	VONJO	22
VELIVET	70	vitamin b 12	162	VORANIGO	22
VELSIPITY	29	vitamin b complex	162	voriconazole	43
VELVACHOL	173	vitamin b1	162	VORTEX HOLD	
VENCLEXTA	22	vitamin b-1	162	CHMBR/MASK/CHILD	104
VENCLEXTA STARTING PACK	22	vitamin b12	162	VORTEX HOLD	
VENEXA	161	vitamin b-12	162	CHMBR/MASK/TODDLER	104
VENEXA FE	161	vitamin b-12 er	162	VORTEX VALVED HOLDING	
venlafaxine hcl	119	vitamin b12 tr	162	CHAMBER	104
venlafaxine hcl er	118	vitamin b12-folic acid	162	VOSEVI	47
VENOFER	92	vitamin b6	162	VOWST	80
VENTOLIN HFA	97	vitamin b-6	162	VRAYLAR	122
VENTRIXYL	161	vitamin c	163	VYFEMLA	70

VYLIBRA.....	70	XTANDI.....	24
VYZULTA.....	92	XULANE.....	70
WAL-DRYL ALLERGY.....	100	XULTOPHY.....	64
<i>warfarin sodium</i>	88	YELETS TEENAGE FORMULA....	165
<i>wee care</i>	92	YESINTEK.....	29, 30
WEEKLY-D.....	164	YF-VAX.....	34
WELIREG.....	26	<i>yl coenzyme q10</i>	128
WERA.....	70	<i>yl folic acid</i>	165
<i>wescaps</i>	164	<i>yl vitamin b-6</i>	165
<i>westab max</i>	164	<i>yl vitamin c</i>	165
<i>westab one</i>	164	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	165
<i>westab plus</i>	130	YONSA.....	24
<i>white petroleum jelly</i>	59	YOUR LIFE MULTI ADULT	
WIXELA INHUB.....	101	GUMMIES.....	165
<i>womens 50+ advanced</i>	164	YUMVS MULTI ZERO.....	165
<i>womens 50+ multi vitamin</i>	164	YUMVS VITAMIN C ZERO.....	165
<i>womens daily form/fal/cal/fe</i>	164	YUMVS ZERO DIABETIC	
<i>womens daily formula</i>	164	MULTIVITAM.....	165
<i>womens multi</i>	164	YUMVSKIDS MULTI ZERO.....	165
<i>womens multi gummies</i>	164	YUTREPIA.....	57
<i>womens multivitamin</i>	164	YUVAFEM.....	73
<i>womens multivitamin + collagen</i>	164	ZAFEMY.....	70
<i>wound care</i>	59	<i>zafirlukast</i>	105
WYMZYA FE.....	70	<i>zaleplon</i>	124
WYOST.....	74	ZARXIO.....	89
XALKORI.....	22, 23	ZEGALOGUE.....	60
XARAH FE.....	70	ZEJULA.....	23
XARELTO.....	88	ZELBORAF.....	23
XARELTO STARTER PACK.....	88	ZELVYSIA.....	72
XATMEP.....	31	ZEMAIRA.....	104
XCEL 100.....	59	ZENATANE.....	167
<i>xcellent a 3000</i>	164	ZENPEP.....	80
<i>xcellent a 7500</i>	165	ZERViate.....	92
XCOPRI.....	115	<i>zidovudine</i>	41
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	115	<i>zinc</i>	136
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	115	ZINC 15.....	136
XDEMVEY.....	94	<i>zinc chloride</i>	137
XELJANZ.....	29	<i>zinc gluconate</i>	136
XELJANZ XR.....	29	<i>zinc oxide</i>	173
XELRIA FE.....	70	<i>zinc sulfate</i>	136
XENICAL.....	74	<i>ziprasidone hcl</i>	122
XERAC AC.....	173	<i>ziprasidone mesylate</i>	122
XERMELO.....	80	ZIRABEV.....	23
XGEVA.....	75	ZIRGAN.....	94
XHANCE.....	104	<i>zoledronic acid</i>	75
XIFAXAN.....	80	ZOLINZA.....	23
XIGDUO XR.....	62	<i>zolpidem tartrate</i>	124
XIIDRA.....	96	ZONISADE.....	115
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	47	<i>zonisamide</i>	115
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	47	ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	165
XOLAIR.....	104	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XOSPATA.....	23		173
XPOVIO (100 MG ONCE		ZOVIA 1/35 (28).....	70
WEEKLY).....	23	ZTALMY.....	115
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)..	23	ZUMANDIMINE.....	70
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 23		ZURZUVAE.....	119
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)..	23	ZYDELIG.....	23
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 23		ZYKADIA.....	23
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)..	23	ZYLET.....	93
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 23		ZYPREXA RELPREVV.....	122

Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)
2025 Formulário: Lista de Medicamentos Cobertos

Para informações mais recentes ou outras questões, contacte-nos através do número de telefone 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, aos sábados ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não foram feitas alterações desde 25/11/2025.

Se tiver dúvidas, ligue para o Neighborhood INTEGRITY através do número 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h aos sábados. A chamada é gratuita. **Para mais informações**, visite www.nhpri.org/INTEGRITY.



Notice of Non-Discrimination

Neighborhood Health Plan of Rhode Island (Neighborhood) does not discriminate or treat people differently because of race, color, national origin (including people who do not speak English as their primary language), age, disability, religion, or sex (such as sexual orientation, sexual stereotypes, gender identity, pregnancy or related conditions).

We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

- » aids and services for people with disabilities
- » qualified interpreters, translation services, and sign language interpreters
- » written information in large print, braille, electronic and audio format

If you need any of these services, call the Member Services phone number on the back of your Neighborhood ID card. If you are not a Neighborhood member, please call us at 1-800-963-1001 (TTY 711).

Discrimination Complaints

If you feel like Neighborhood has failed to provide these services or has discriminated based on race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a complaint, also known as a grievance. You can file a grievance in person, by phone, mail, fax or email. Need help? Call your Neighborhood Civil Rights Coordinator at the phone number below.

PHONE: 1-401-427-7646 (TTY 711)

**MAIL OR
IN PERSON:** Neighborhood Health Plan of Rhode Island
Attn: Civil Rights Coordinator
910 Douglas Pike
Smithfield, RI 02917

FAX: 1-401-709-7005

EMAIL: OCRCoordinator@nhpri.org

ONLINE: <https://www.nhpri.org/non-discrimination-language-assistance>

You can also file a complaint with the **U.S. Department of Health and Human Services:**

PHONE: Call 1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

BY MAIL: Office for Civil Rights
U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

ONLINE: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process/index.html>

For more information or to view this notice online, please visit the Neighborhood website at www.nhpri.org.



Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

ATTENTION: If you speak English, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call 1-800-963-1001 (TTY 711) or speak to your provider.

تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستكون خدمات المساعدة اللغوية متاحة لك مجانًا. تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات المساعدة المناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات بديلة لأصحاب الإعاقات مجانًا. اتصل على 1-800-963-1001 (هاتف الصم وضعاف السمع 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

注意：若您使用粵語，我們將為您提供免費的語言協助服務。此外，我們也提供適當的輔助設備與服務，為您提供免費且易於閱讀的資訊。致電 1-800-963-1001 (TTY 711) 或與您的供應商商討。

请注意：如果您说普通话，我们可以为您提供免费的语言援助服务。还会以通俗易懂的形式，免费提供相应的辅助性帮助和服务。请致电 1-800-963-1001 (TTY 711) 或直接联系您的供应商。

À NOTER : Si vous parlez français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et des services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-800-963-1001 (ATS 711) ou parlez à votre fournisseur.

ATANSYON: Si ou pale Kreyòl Ayisyen, sèvis asistans lang gratis disponib pou ou. Èd ak sèvis oksilyè apwopriye pou bay enfòmasyon nan fòm aksesib yo disponib tou gratis. Rele 1-800-963-1001 (TTY 711) oswa pale ak founisè w la.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, können Sie kostenlose Sprachassistenzen nutzen. Geeignete unterstützende Hilfen und Services, die Informationen in barrierefreien Formaten bereitstellen, sind ebenfalls kostenfrei. Rufen Sie 1-800-963-1001 (TTY 711) an oder kontaktieren Sie Ihren Anbieter.

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायता और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-800-963-1001 (TTY 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।

ATTENZIONE: Se parlate italiano, avete a disposizione dei servizi di assistenza linguistica gratuiti. Sempre gratuitamente, sono disponibili anche supporti e servizi ausiliari appropriati per fornirvi informazioni in formati accessibili. Potete chiamare il numero 1-800-963-1001 (TTY 711) o parlare con il vostro fornitore.

注意：日本語を話せる場合には、無料の言語サービスをご利用いただけます。利用できる形式で情報を提供するための適切な補助器具・サービスも無料でご利用いただけます。1-800-963-1001（テキスト電話（TTY）711）にお電話でお問い合わせになるか、提供者にご相談ください。

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភក្តិភាសាខ្មែរមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយឥតគិតថ្លៃក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើបានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

참조: 한국어를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이해 가능한 형식으로 정보를 제공하기 위한 적절한 보조 도구 및 서비스도 무료 이용하실 수 있습니다. 1-800-963-1001(TTY 711)로 전화하시거나 서비스 제공업체에 문의하세요.

UWAGA: Jeśli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnych usług językowych. Dostępne są również bezpłatne pomoce i usługi, które zapewniają informacje w zrozumiałym formacie. Zadzwoń pod numer 1-800-963-1001 (TTY 711) lub skonsultuj się ze swoim świadczeniodawcą.

ATENÇÃO: Se fala português, tem à sua disposição serviços de assistência linguística gratuitos. Estão também disponíveis, a título gratuito, ajudas e serviços auxiliares adequados para fornecer informações em formatos acessíveis. Ligue para 1-800-963-1001 (TDD 711) ou fale com o seu prestador

ВНИМАНИЕ! Если вы говорите по-русски, то вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Также бесплатно предоставляются соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах. Позвоните по телефону 1-800-963-1001 (телетайп 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.

ATENCIÓN: Si habla español, se ofrecen servicios gratuitos de asistencia con el idioma. También se ofrecen ayudas y servicios auxiliares apropiados para brindar información en formatos accesibles sin cargo alguno. Llame al 1-800-963-1001 (TTY 711) o consulte con su proveedor.

PANSININ: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng tulong serbisyo sa lengguwahe. Ang mga naaangkop na dagdag na mga pantulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na porma ay magagamit din nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-963-1001 (TTY 711) o makipag-usap sa iyong tagapagbigay.

CHÚ Ý: Nếu quý vị nói Tiếng Việt, có sẵn các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho quý vị. Các biện pháp hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin ở định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Hãy gọi số 1-800-963-1001 (TTY 711) hoặc nói chuyện với nhà cung cấp dịch vụ của quý vị.