



Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid) 2023 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 21/09/2022.

Mensagem Importante Sobre o Que Paga Pelas Vacinas: O nosso plano cobre a maioria das vacinas da Parte D, sem nenhum custo para si. Ligue para os Serviços dos Membros para mais informações.

Neighborhood INTEGRITY| 2023 *Lista de Medicamentos Cobertos* (Formulário)

Introdução

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

Índice

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

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



B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?	11
B11. Como é que posso pedir uma exceção?	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	11
B13. O que são medicamentos genéricos?	11
B14. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?	12
B16. Qual é o meu copagamento?	12
B17. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	12
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	172

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

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

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

B. Perguntas Frequentes (FAQ)

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

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

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

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

Também pode ver uma lista atualizada de medicamentos cobertos por nós através da nossa página www.nhpri.org/INTEGRITY ou telefonar para os Serviços dos Membros através do número 1-844-812-6896 (TTY 711).

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

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

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

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

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

- Adicionar ou alterar a quantidade de medicamento que você pode obter (chamados de limites de quantidade).
- Adicionar ou alterar as restrições da terapia por etapas num medicamento. (Terapia por etapas significa que você deve experimentar um medicamento antes de cobrirmos outro medicamento).
- Para mais informações sobre estas regras sobre medicamentos, consulte a pergunta B4.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Quando estas alterações acontecerem, iremos:

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

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

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

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

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

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

Você pode descobrir se o seu medicamento possui requisitos ou limites adicionais consultando as tabelas nas páginas **15-171**. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicámos documentos on-line que explicam a nossa PA (autorização prévia) e restrições de terapia por etapas. Também pode solicitar-nos o envio de uma cópia.

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

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

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

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

Em alguns casos, informaremos com antecedência se adicionarmos ou alterarmos a PA, limites de quantidade e/ou restrições de terapia de etapa num medicamento. Consulte a pergunta B3 para obter mais informações sobre este aviso prévio e situações em que talvez possamos não

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

informar antecipadamente quando as nossas regras sobre medicamentos na Lista de Medicamentos alteram.

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

Existem duas formas de encontrar um medicamento:

- Você pode pesquisar por ordem alfabética, **ou**
- Você pode pesquisar por condição médica.

Para pesquisar por **ordem alfabética**, vá para a secção Índice de Medicamentos Cobertos. Pode encontrá-lo na página **172**.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

As transições de Nível de Cuidado também são permitidas para membros admitidos numa instituição de cuidados de longo prazo nos últimos 30 dias. Iremos cobrir um suprimento de 31 dias do medicamento que precisa (limites de preenchimento são aplicáveis para determinados medicamentos de marca), quer seja ou não um novo membro do Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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

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

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

B11. Como é que posso pedir uma exceção?

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

B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

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

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

B13. O que são medicamentos genéricos?

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

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

B14. 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 OTC, quando escritos como prescrição médica pelo seu provedor.

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

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

B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

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

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

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

B16. Qual é o meu copagamento?

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

B17. O que são níveis de medicamentos?

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

- Os medicamentos de Nível 1 são medicamentos genéricos.
 - Os medicamentos de Nível 2 são medicamentos de marca.
 - Os medicamentos de Nível 3 são medicamentos prescritos que não pertencem ao Medicare e medicamentos OTC ou itens.
-

C. Visão geral da *Lista de Medicamentos Cobertos*

A *Lista de Medicamentos Cobertos* fornece informações sobre os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY. Se tiver problemas para encontrar o seu medicamento na lista, vá até ao Índice de Medicamentos Cobertos, que começa na página **172**. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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

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

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

C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

A primeira coluna da tabela indica o nome do medicamento. Os medicamentos de marca são escritos em maiúscula (por exemplo, SYNTROID), e os medicamentos genéricos são indicados em itálico minúsculo (por exemplo, *levothyroxine*). As informações na coluna “Ações necessárias, restrições ou limites de uso” informam se o Neighborhood INTEGRITY possui alguma regra para cobrir o seu medicamento.

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

Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

DATA EFETIVA: 1/1/2023

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 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
EXKIVITY ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GILOTrif ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG, 560 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
IRESSA ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; 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; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos 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; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
sorafenib tosylate oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 20 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias)

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
exemestane oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 1)	
fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
letrozole oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml	\$0 (Nível 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 2)	
nilutamide oral tablet 150 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	NDS
tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
toremifene citrate oral tablet 60 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Agentes De Proteção		
leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml	\$0 (Nível 1)	B/D
leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antibióticos		
doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nível 2)	B/D

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<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)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (70 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
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
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Imunomoduladores		
lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
Inibidores Mitóticos		
docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml	\$0 (Nível 1)	B/D
paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml	\$0 (Nível 1)	B/D
paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-Injector 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cartuchos a cada 28 dias); NDS

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas 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 PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-Injector 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 28 dias); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (110 comprimidos por ano); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos por ano); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 ampolas por ano); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 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
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 duas); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 duas); 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
Imunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nível 2)	B/D; LA
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; LA; 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

LENDÁ

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 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-Reumáicos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 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		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nível 2)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML, 20 MCG/ML (PREFILLED SYRINGE)	\$0 (Nível 2)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 2)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nível 2)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR INJECTABLE 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nível 2)	
IPOVAC INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nível 2)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 2)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 2)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED , (96-30-68-1-80-2-16-3-64-20 VAR UNITS)	\$0 (Nível 2)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nível 2)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 2)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 10 MCG/ML (1ML SYRINGE), 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML, 5 MCG/0.5ML (PREFILLED SYRINGE)	\$0 (Nível 2)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (2 ampolas por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nível 2)	B/D
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nível 2)	B/D

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nível 2)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 2)	
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<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)
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 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>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
IBU ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 1)	
ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg	\$0 (Nível 1)	
INFANTS ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$0 (Nível 3)	DP
infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (Nível 1)	
naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg	\$0 (Nível 1)	
piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
px childrens profen ib oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
px ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px infants profen ib oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg	\$0 (Nível 1)	
tgt childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tgt ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
Analgézico De Opioïdes De Curta Duração		
acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)

LENTA

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

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

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr	\$0 (Nível 1)	PA; QL (4 pensos a cada 28 dias)
fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (450ml a cada 30 dias)
methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg	\$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		
8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen extra strength oral capsule 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml	\$0 (Nível 3)	DP

LEMDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nível 3)	DP
acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
childrens apap oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nível 3)	DP
childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml	\$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
ed-apap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aspirin adults oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm adult aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain relieve child dye-free oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain reliever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm pain reliever oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
mapap oral capsule 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mapap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
m-pap oral liquid 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
non-aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nortemp infants oral suspension 80 mg/0.8ml	\$0 (Nível 3)	DP
NORTEMP ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
pain relief regular strength oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
px arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px childrens pain relief oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
px pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc pain relief oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain relief oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain reliever ex st oral tablet extended release 650 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm pain reliever oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
tgt acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tgt acetaminophen ex st oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
tgt childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
Gota		
allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	
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)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	
NORVIR ORAL SOLUTION 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (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 600 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
PREZISTA ORAL TABLET 800 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>stavudine oral capsule 15 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PASER ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nível 2)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Infecciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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
<i>EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (12 comprimidos por ano); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<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
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (12 comprimidos a cada 90 dias)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	QL (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, 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)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<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 2)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (80 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)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral 26.3 (15 base) mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
EPIVIR HBV ORAL SOLUTION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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)
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/BLISTER	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores todos os anos)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ribavirin oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	
rimantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 1)	
valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml	\$0 (Nível 2)	NDS
valganciclovir hcl oral tablet 450 mg	\$0 (Nível 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nível 2)	QL (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		
cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg	\$0 (Nível 2)	
cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
cefadroxil oral capsule 500 mg	\$0 (Nível 1)	
cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm	\$0 (Nível 1)	
cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%	\$0 (Nível 2)	
cefdinir oral capsule 300 mg	\$0 (Nível 1)	
cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0 (Nível 1)	
cefixime oral capsule 400 mg	\$0 (Nível 1)	
cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

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

LENTA

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ampicillin oral capsule 500 mg	\$0 (Nível 1)	
ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm	\$0 (Nível 1)	
ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2400000 UNIT/4ML	\$0 (Nível 2)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0 (Nível 2)	NDS
oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm	\$0 (Nível 1)	
penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml	\$0 (Nível 2)	
penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit	\$0 (Nível 1)	
penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml	\$0 (Nível 2)	
penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit	\$0 (Nível 1)	
penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nível 1)	
piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>tigecycline 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	\$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)
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)	

LENTA

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Bloqueadores Alfa		
doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	
prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg	\$0 (Nível 1)	
bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg	\$0 (Nível 1)	
metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta		
acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg	\$0 (Nível 1)	
labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
nebivolol hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	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 TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nível 2)	
<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>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>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg	\$0 (Nível 1)	
amiloride hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	
amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg	\$0 (Nível 1)	
bumetanide injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	
chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
furosemide injection solution 10 mg/ml, 10 mg/ml (4ml syringe)	\$0 (Nível 1)	
furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg	\$0 (Nível 1)	
hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg	\$0 (Nível 1)	
torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg	\$0 (Nível 1)	
triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg	\$0 (Nível 1)	
clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr	\$0 (Nível 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	
digoxin injection solution 0.25 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
digoxin oral solution 0.05 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
droxidopa oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 2)	PA
hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
metyrosine oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LENTA

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

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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nível 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>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
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
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>petrolatum gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
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
PICODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pna-hrt base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>q-derm external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rejuvacare plus external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SALTSTABLE LO EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>scar care external cream</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>v-max external cream</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 Aglutinantes De Fosfato		
calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
calcium acetate oral tablet 667 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm	\$0 (Nível 2)	QL (540 pacotes a cada 30 dias); NDS
sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm	\$0 (Nível 2)	QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
sevelamer carbonate oral tablet 800 mg	\$0 (Nível 1)	QL (540 comprimidos a cada 30 dias)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Agentes Da Tiroide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
Agentes Elevadores De Glicose		
cvs glucose oral gel 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
diazoxide oral suspension 50 mg/ml	\$0 (Nível 2)	NDS
GLUCO BURST ORAL GEL 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
value plus glucose oral gel 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	
deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
deferasirox oral tablet 90 mg	\$0 (Nível 2)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	
penicillamine oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
sodium polystyrene sulfonate oral powder	\$0 (Nível 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
trientine hcl oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nível 2)	
Analógicos De Vitamina D		
calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (Nível 1)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (Nível 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nível 2)	NDS

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Andrógenos		
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<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)	
<i>BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML</i>	\$0 (Nível 2)	QL (4 canetas a cada 28 dias)
<i>BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML</i>	\$0 (Nível 2)	QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML</i>	\$0 (Nível 2)	QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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)
<i>GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 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)
<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/1.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	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>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)	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)

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (4 canetas a cada 28 dias)
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	QL (3 canetas a cada 30 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)
Antidiavéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
cvs gauze sterile pad 2"x2"	\$0 (Nível 2)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nível 2)	
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
global alcohol prep ease pad 70 %	\$0 (Nível 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
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)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (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)	
V-GO 20 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 30 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 40 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
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)	
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)	

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CRYSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
drospirenen-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg	\$0 (Nível 1)	
drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg	\$0 (Nível 1)	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ELLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

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

LENDa

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

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

LENDÁ

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

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

LENDÁ

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

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

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG (PED), 30 MG (PED)	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
Estrogénios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 2)	
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	\$0 (Nível 2)	
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	\$0 (Nível 2)	
estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm	\$0 (Nível 1)	
estradiol vaginal tablet 10 mcg	\$0 (Nível 1)	
estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg	\$0 (Nível 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (Nível 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 (Nível 1)	
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0 (Nível 1)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nível 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 dias)

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg	\$0 (Nível 1)	
risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg	\$0 (Nível 1)	
teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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 4 mg/100ml, 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)	QL (300ml a cada 30 dias)
famotidine oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
famotidine oral tablet 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
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 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid anti-gas reg strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$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 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
eql antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
geri-lanta oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide oral tablet 420 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$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
px antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
px antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid/antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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>geri-pectate oral suspension 262 mg/15ml</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 k-pec oral suspension 262 mg/15ml</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 stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loperamide hcl oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px stomach relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc diarrhea relief oral suspension 262 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pink bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt stomach relief oral tablet 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antieméticos		
<i>aprepitant oral capsule 125 mg, 40 mg, 80 & 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG</i>	\$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>gransetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gransetron 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 syrup 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (10 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)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	
diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg	\$0 (Nível 2)	
gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gas relief ultra strength oral capsule 180 mg	\$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; LA; NDS
gnp anti-gas oral capsule 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm gas relief extra strength oral capsule 125 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg	\$0 (Nível 3)	DP
infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml	\$0 (Nível 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
loperamide hcl oral capsule 2 mg	\$0 (Nível 1)	
misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg	\$0 (Nível 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<i>px gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<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 antiflatulent oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief oral 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>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tgt gas relief extra strength oral capsule 125 mg</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)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; 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)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Enzimas Pancreáticas		
<i>CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>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</i>	\$0 (Nível 2)	
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 rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>COLACE ORAL CAPSULE 100 MG</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>DOCU LIQUID ORAL LIQUID 100 MG/10ML</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docu oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DOK ORAL CAPSULE 100 MG	\$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 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-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
<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>gavilax oral packet 17 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)	
<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</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-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nível 3)	DP
gnp natural fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp senna lax oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp stool softener oral liquid 50 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp stool softener oral syrup 60 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nível 2)	
goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense epsom salt oral granules	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
konsyl daily fiber oral powder 28.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
lactulose oral solution 10 gm/15ml	\$0 (Nível 1)	
laxacin oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
laxative max str oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %	\$0 (Nível 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml	\$0 (Nível 1)	
natural fiber laxative oral powder 58.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
natural senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 1 GM	\$0 (Nível 3)	DP
peg 3350 oral packet 17 gm	\$0 (Nível 3)	DP
peg 3350 oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm	\$0 (Nível 1)	
peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm	\$0 (Nível 1)	
PLENU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nível 2)	
polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm	\$0 (Nível 3)	DP
polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
psyllium fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nível 3)	DP
px docusate sodium oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px fiber oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nível 3)	DP
px fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc epsom salt oral granules	\$0 (Nível 3)	DP
qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm	\$0 (Nível 3)	DP
qc gentle laxative rectal suppository 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc natural vegetable oral powder 95 %	\$0 (Nível 3)	DP
qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop	\$0 (Nível 3)	DP
qc stool softener oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
senexon oral liquid 8.8 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
SENXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral capsule 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral liquid 8.8 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral syrup 8.8 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
senna oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-lax oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-plus oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-tabs oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-time oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senna-time s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 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
silace oral liquid 150 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
silace oral syrup 60 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm epsom salt oral granules	\$0 (Nível 3)	DP
sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm fiber oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm senna laxative oral tablet 8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stool softener laxative oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg	\$0 (Nível 3)	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (Nível 2)	
tgt fiber therapy oral powder 28.3 %, 58.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
tgt gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
TGT POWDERLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
tgt psyllium fiber oral capsule 520 mg	\$0 (Nível 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
womans laxative oral tablet delayed release 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infecciosos Vaginais		
3 day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
clindamycin phosphate vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 1)	
clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
clotrimazole vaginal cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
metronidazole vaginal gel 0.75 %	\$0 (Nível 1)	
miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
miconazole 7 vaginal suppository 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
miconazole nitrate vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
px miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)	\$0 (Nível 3)	DP
qc miconazole 7 vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<i>tgt miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antispasmódicos		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>GEMTESA ORAL TABLET 75 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	QL (300ml a cada 28 dias)
<i>MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG</i>	\$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 syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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>trospium 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)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg	\$0 (Nível 1)	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
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)
enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml	\$0 (Nível 1)	
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	\$0 (Nível 1)	
fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml	\$0 (Nível 2)	NDS
fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	
heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%	\$0 (Nível 2)	
heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%	\$0 (Nível 1)	
heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 1)	
warfarin sodium 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)	
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		
anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 ampolas a cada 30 dias); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (20 ampolas a cada 30 dias); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (9 seringas 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		
PROCRT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PROCRT 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
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$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>eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql 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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVAF A ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FEROSUL ORAL ELIXIR 220 (44 FE) MG/5ML	\$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 324 (106 fe) 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 oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</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>grp iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$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
HEMATOGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
HEMOCYTE-F ORAL TABLET 324-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron high-potency oral tablet 325 mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
iron supplement oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
myferon 150 oral capsule 150 mg	\$0 (Nível 3)	DP
na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg	\$0 (Nível 3)	DP
polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg	\$0 (Nível 3)	DP
purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra iron oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 (45 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 47.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>virt-fefa plus oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVIA TE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nível 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infeccioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infecciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nível 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nível 2)	

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nível 2)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 1.4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
<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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (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 lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GONAK OPHTHALMIC SOLUTION 2.5 %	\$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>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0 (Nível 2)	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops (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
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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>px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
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
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 OVERNIGHT THERAPY OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC GEL 1 %	\$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
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	
ÓTICO		
Agentes Óticos		
acetic acid otic solution 2 %	\$0 (Nível 1)	
ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nível 1)	
fluocinolone acetonide otic oil 0.01 %	\$0 (Nível 1)	
neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %	\$0 (Nível 1)	
neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1	\$0 (Nível 1)	
ofloxacin otic solution 0.3 %	\$0 (Nível 1)	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)	\$0 (Nível 1)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 1)	
levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml	\$0 (Nível 1)	B/D
levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act	\$0 (Nível 1)	ST; QL (2 inaladores a cada 30 dias)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/DOSE	\$0 (Nível 2)	QL (60 inalaes a cada 30 dias)
terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION 108 (90 BASE) MCG/ACT	\$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/INH	\$0 (Nível 2)	QL (30 placas de comprimidos a cada 30 dias)
ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %	\$0 (Nível 1)	B/D
ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %	\$0 (Nível 1)	
Anti-Histamínicos		
24hr allergy relief oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
aler-cap oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
aller-chlor oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
aller-ease oral tablet 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy 24-hr oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief/indoor/outdoor oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy-time oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
azelastine hcl nasal solution 0.1 %, 0.15 %	\$0 (Nível 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl childrens alrgy oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
chlorhist oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
complete allergy medicine oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
complete allergy relief oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA
cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 2)	PA
diphen oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhist oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
eql all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
geri-dryl oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
grp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
grp all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
grp allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp allergy oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense aller-ease oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm all day allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA
hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA
hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	PA
hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	PA
levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc) 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx) 5 mg	\$0 (Nível 1)	
liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
loradamed oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pharbechlor oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy oral capsule 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy relief loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px childrens allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc allergy relief oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm allergy 4 hour oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm allergy relief oral tablet 25 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm loratadine oral syrup 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm loratadine oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tgt allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt allergy relief oral tablet 10 mg, 25 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
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/INH	\$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 160-9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION 160-9-4.8 MCG/ACT	\$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/INH, 200-62.5-25 MCG/INH	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
Combinações Esteróies/Beta-Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 inalaes a cada 30 dias)
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)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/INH, 200-25 MCG/INH	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0 (Nível 2)	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<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; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 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 801 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
SYMJEPI INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.15 MG/0.3ML, 0.3 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	
THEO-24 ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100 MG, 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Esteróides Inhalantes		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 inalaes a cada 30 dias)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/BILIST, 250 MCG/BILIST	\$0 (Nível 2)	QL (240 inalaes a cada 30 dias)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/BILIST	\$0 (Nível 2)	QL (180 inalaes a cada 30 dias)
FLOVENT HFA INHALATION AEROSOL 110 MCG/ACT, 220 MCG/ACT, 44 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 180 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
PULMICORT FLEXHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 90 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
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)
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
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
ALAVERT ALLERGY/SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nível 3)	DP
benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$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 allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cough gels oral capsule 15 mg</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 mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal 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 nose drops extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaiatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin ac oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy complete-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm nose drops nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm tussin adult multi-symptom oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml	\$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

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hydrocod polst-cpm polst er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml	\$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
kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
m-clear wc oral solution 100-6.3 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$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
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
mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nasal decongestant max st oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
nasal four nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
nasal relief nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
nasal spray no drip nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
phenylephrine hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy relief d (loratad) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
qc mucus relief childrens oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
qc tussin mucus/congestion oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
siltussin dm das oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sinus 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sinus congestion max strength oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sinus nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
sinus relief extra strength nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
sm loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour 1200 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 max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
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-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
SISTEMA NERVOSO CENTRAL		
Agentes Antiparkinsonianos		
amantadine hcl oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
amantadine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 1)	
benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 2)	PA
bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg	\$0 (Nível 1)	
bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg	\$0 (Nível 1)	
carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg	\$0 (Nível 1)	
entacapone oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 películas a cada 30 dias); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg	\$0 (Nível 1)	
rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
selegiline hcl oral capsule 5 mg	\$0 (Nível 1)	
selegiline hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	
trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml	\$0 (Nível 2)	PA
trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	PA
Agentes De Terapia Musculosquelética		
baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
carisoprodol oral tablet 350 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	PA
dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg	\$0 (Nível 2)	PA
tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 1)	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Ansiedade		
alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
lorazepam oral concentrate 2 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
Anticonvulsivos		
APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA
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
carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	
carbamazepine oral tablet chewable 100 mg	\$0 (Nível 1)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nível 2)	
clobazam oral suspension 2.5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
clonazepam oral tablet 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
clonazepam oral tablet dispersible 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
diazepam injection solution 5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (240ml a cada 30 dias)
diazepam oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1200ml a cada 30 dias)
diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg	\$0 (Nível 1)	
divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
ethosuximide oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 1)	
ethosuximide oral solution 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
felbamate oral suspension 600 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	NDS
felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg	\$0 (Nível 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 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 intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<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)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 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 1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
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)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 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</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1200ml a cada 30 dias); NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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, 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 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 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; LA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
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)	
<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)	
<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, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 &28 -10 MG</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG</i>	\$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)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	
bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg	\$0 (Nível 1)	
bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	
citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	
clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 2)	PA
desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 2)	
desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 2)	
doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml	\$0 (Nível 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg	\$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
escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 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
fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	
fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (Nível 1)	
nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 2)	
nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	
paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg	\$0 (Nível 2)	
phenelzine sulfate oral tablet 15 mg	\$0 (Nível 1)	
protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 2)	
sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	
trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
trimipramine maleate oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 2)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	
venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	
vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antipsicóticos		
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 injeo a cada 28 dias); NDS
aripiprazole oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nível 2)	QL (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
asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; 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 2)	
<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
<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 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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 ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 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)
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 30 dias); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 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, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 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)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	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)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (6 injees 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; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); 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)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<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)
<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)
<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 injees a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injees a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injees a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 injees a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injees a cada 30 dias)
<i>zolmitriptan oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
<i>zolmitriptan oral tablet dispersible 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
Hipnóticos		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 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)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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; LA; 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
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 28 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
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; LA; QL (16 canetas a cada ano); 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)
XYREM ORAL SOLUTION 500 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (540ml a cada 30 dias); NDS
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 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)
<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)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg	\$0 (Nível 1)	
diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg	\$0 (Nível 3)	DP
diethylpropion hcl oral tablet 25 mg	\$0 (Nível 3)	DP
disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml	\$0 (Nível 1)	
naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml	\$0 (Nível 1)	
naltrexone hcl oral tablet 50 mg	\$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, 4 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
nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nível 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg	\$0 (Nível 3)	DP
phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg	\$0 (Nível 3)	DP
phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
phentermine hcl oral tablet 37.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
px stop smoking aid mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr	\$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
sm nicotine mouth/throat gum 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg	\$0 (Nível 3)	DP
tgt nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 3)	DP
tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr	\$0 (Nível 3)	DP
varenicline tartrate oral 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42	\$0 (Nível 1)	PA
varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nível 2)	NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Transtorno De Hiperatividade E Défice De Atenção		
amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
atomoxetine hcl oral capsule 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1800ml a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
methylphenidate hcl oral tablet 20 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
co q 10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
co q10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
coenzyme q10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
co-enzyme q10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
coq-10 oral capsule extended release 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eql coq10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp co q10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp melatonin oral tablet 3 mg	\$0 (Nível 3)	DP
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
hm coq10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
kp melatonin oral tablet 3 mg	\$0 (Nível 3)	DP
melatonin maximum strength oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
qc melatonin max st oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
Q-GEL FORTE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Q-GEL MEGA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm co q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution	\$0 (Nível 2)	
dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %	\$0 (Nível 1)	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 2.5-0.45 %	\$0 (Nível 2)	
dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %	\$0 (Nível 1)	
dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %	\$0 (Nível 1)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%	\$0 (Nível 1)	
kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/l-%-%	\$0 (Nível 2)	
lactated ringers intravenous solution	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

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

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>prenatal vitamin plus low iron oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TRICARE ORAL TABLET	\$0 (Nível 2)	
Eletrólitos		
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
cvs electrolyte solution oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
cvs ped electrolyte freeze pop oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
cvs pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
ENFAMIL ENFALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
grp electrolyte solution oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
grp pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
h-e-b oral electrolyte oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
hm pediatric electrolyte oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
KINDERLYTE PREMAX ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
oral electrolytes oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
ORALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
ORALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
ped electrolyte freeze pops oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
ped electrolyte freezer pops oral solution	\$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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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>pediatric electrolyte-zinc oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra ped electrolyte freezer pop 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>sm pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Minerais		
CALCI-CHEW ORAL TABLET CHEWABLE 1250 (500 CA) MG	\$0 (Nível 3)	DP
CALCITRATE ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG, 950 (200 CA) MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + d oral tablet 250-125 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium + vitamin d3 oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500 + d oral tablet 500-3.125 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 500-10 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/d oral tablet chewable 500-400 mg-unit</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
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 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, 600-200 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
calcium 600-d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet 250-3.125 mg-mcg, 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium carbonate powder	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate oral tablet 950 (200 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate-vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium extra d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
calcium-vitamin d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL MAXIMUM ORAL TABLET 315-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
CITRACAL PETITES/VITAMIN D ORAL TABLET 200-6.25 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
citrus calcium +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
citrus calcium/vitamin d oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
cvs calcium citrate +d3 mini oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs magnesium oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs magnesium oxide oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs oyster shell calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm calcium citrate+vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg	\$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
magdelay oral tablet delayed release 70 mg	\$0 (Nível 3)	DP
mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg	\$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
magnesium gluconate oral tablet 500 (27 mg) mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral 400 mg	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
mgo oral tablet 400 (240 mg) mg	\$0 (Nível 3)	DP
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 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 MCG	\$0 (Nível 3)	DP
OYSCO 500 ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
OYSCO 500+D ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
oyster calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium 250+d oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium 500+d oral tablet chewable 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium plus d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
OYSTERCAL ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
OYSTERCAL-D ORAL TABLET 500-10 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra calcium cit-vit d-3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra calcium plus vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
RA HI CAL ORAL TABLET 500-5 MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
ra natural magnesium oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra zinc oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sb calcium + d oral tablet 600-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sb oyster shell calcium oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate w/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium citrate+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg	\$0 (Nível 3)	DP
super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg	\$0 (Nível 3)	DP
zinc gluconate oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
zinc oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg	\$0 (Nível 3)	DP
Nutrição Iv		
chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	B/D
clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %	\$0 (Nível 2)	B/D
clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %	\$0 (Nível 2)	B/D
clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
dextrose intravenous solution 10 %, 5 %	\$0 (Nível 1)	
dextrose intravenous solution 50 %, 70 %	\$0 (Nível 1)	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nível 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml	\$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
zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
50+ adult eye health oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z advanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z high potency oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z select 50+ advanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z select 50+ mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z select advanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
a thru z select oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z select oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z select ultimate women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a thru z ultimate mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
abc complete senior womens 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
abc plus oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
actical oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
adult one daily gummies oral tablet chewable	\$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
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
algae based calcium oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE ULTRA POTENCY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$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
animal chews oral tablet chewable , with c & fa	\$0 (Nível 3)	DP
ANIMAL SHAPES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
animal shapes/iron oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ANIMI-3 ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
antioxidant a/c/e/selenium oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
antioxidant formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
antioxidant oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
anti-oxidant oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
AQUADEKS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
aqueous vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
ascorbic acid injection solution 500 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
ascorbic acid oral tablet 500 mg	\$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
b complex (folic acid) oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b complex oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
b complex vitamins oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
b complex-b12 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b complex-c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b complex-c-folic acid oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
b6 natural oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
BACMIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
balance b-50 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
bariatric multivitamins/iron oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex (folic acid) oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex balanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex/b-12 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex-c (w/folic acid) oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
b-complex-c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
better b complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
biocal oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
biosupp oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
BIOTECT PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
biotin 5000 oral capsule 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
biotin maximum strength oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
biotin oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
biotin plus/calcium/vit d3 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
body/hair/skin/nails oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
bp vit 3 oral capsule 1 mg	\$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/FE ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
c 1000 oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c 500 oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-1000 oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-1000 oral tablet extended release 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-1000/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-250 oral tablet 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500 oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500 oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500 oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
c-500/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
CALCIDOL ORAL SOLUTION 200 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
CARDIOTEK RX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
c-chewable oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
centavite a-z complete-mineral oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
centravites 50 plus oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
centravites adults oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
centravites oral tablet	\$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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CENTRUM MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$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 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 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
CEREFOLIN ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>certa plus oral tablet</i>	\$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>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens multivitamin 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>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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
complete senior oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CVS AIRSHIELD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b complex plus c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs childrens complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily gummies adult oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily multiple for men oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily multiple for women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs daily multiple women 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs e oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs eye health & lutein oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs eye health adult 50+ oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
cvs folic acid oral tablet 800 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs gummy dinos oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs gummy multivitamin kids oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs mens daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs one daily essential oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs one daily mens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs one daily mens formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs one daily womens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs one daily womens formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite adult 50+ oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite adults oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
cvs spectravite advanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite men 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite men oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite senior oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite ultra men 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite ultra mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite ultra women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite women 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs spectravite womens senior oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs super b complex/c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vision health oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
cvs womens active daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
cvs womens daily gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d 2000 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 high potency oral capsule 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 high potency oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3 vitamin oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
daily multi oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily multiple vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily multivitamin oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
daily value multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vitamin formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vitamin formula+iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vitamin formula+minerals oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vite multivitamin/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vites oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily vites/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily-vite multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily-vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
daily-vite/iron/beta-carotene oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
dayavite oral tablet	\$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
dekas bariatric oral tablet chewable	\$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
delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
diabetes health formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
dalyvite 800/ultra d oral tablet	\$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
DINO-LIFE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
disney cars gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
disney princess gummies oral tablet chewable	\$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
e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
e200 oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
e-400 oral capsule 400 unit	\$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
eq complete multivit adult 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eq complete multivitamin-adult oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eq multivitamin gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
eq one daily mens 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eq one daily mens health oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eq one daily womens health oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql b complex 50 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eql century mature adults 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
eql century mature oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql century mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql century oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eql one daily mens 50+ advance oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql one daily mens health oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql one daily womens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql super b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql vision formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin d3 oral capsule 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
eql vitamin e oral capsule 1000 unit, 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
essential balance oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
eye health + lutein oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eye multivitamin/lutein oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eye multivitamin/sodium oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
eyeprotect oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
fabb oral tablet 2.2-25-1 mg	\$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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FLINTSTONES GUMMIES PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$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-mg oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	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)	DP
FORTAVIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
FOSFREE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	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>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 b/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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gerivite complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
glucoten oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
gnp biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp century adults 50+ senior oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp century cardio health oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp century mature oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp century oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp century ultimate mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp century ultimate womens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp childrens complete oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp diabetic support formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp essential one daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp healthy eyes oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp healthy eyes supervision oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
gnp little ones childrens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mega multi for men oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mega multi for women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp one daily maximum oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp one daily mens health 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp one daily mens/lycopene oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp one daily plus iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp one daily womens 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp one daily womens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp therapeutic-m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-12 oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
hair formula extra strength oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hair skin & nails advanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hair skin nails oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
hair/skin/nails oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hair/skin/nails/biotin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
HALLS DEFENSE VITAMIN C DROPS MOUTH/THROAT LOZENGE 60 MG	\$0 (Nível 3)	DP
healthy eyes oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
healthy eyes supervision 2 oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
healthy eyes/lutein oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
healthy eyes/lutein-zeaxanthin oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
healthy hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
healthy kids gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
high pot multivitamin/beta-car oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
high potency multivit/fa oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
high potency multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm animal shapes oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm antioxidant vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm complete 50+ mens ultimate oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm complete 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm complete 50+ women ultimate oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm complete men oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
hm complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm complete women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm mens 50+ advanced one daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm niacin oral tablet extended release 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm niacin tr oral tablet extended release 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm one daily mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm one daily womens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm super vitamin b complex/c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
hm vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
hm womens 50+ advanced daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
hylazinc oral tablet	\$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
immune support oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$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-vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
i-vite protect oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
JUST D ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
kobee oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
kp adults 50+ daily formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<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>I-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>I-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>I-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>I-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
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mega vm-80 oral tablet</i>	\$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>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens daily formula lycopene oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens multi vitamin & mineral oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MEPHYTON ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
MILLTRIUM SENIOR ORAL TABLET	\$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
<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 daily oral tablet</i>	\$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
MULTI-BETIC DIABETES ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-day oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-day plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-day plus minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multilex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multilex-t&m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamin 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>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>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet chewable</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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin gummies adult oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin gummies mens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin gummies womens oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin men 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin men oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin monocaps oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin women 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin womens 50+ adv oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin/extra vitamin d3 oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamin/minerals oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin/zinc stress oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamin-minerals oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
multivitamins/minerals adult oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
multi-vite oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
multivit-min gummies childrens oral tablet chewable	\$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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mynephrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>my-vitalife oral capsule</i>	\$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
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>neovite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$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 HEATLH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
omnicap oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
once daily oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
once daily/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
one daily adults 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily calcium/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
one daily for men 50+ advanced oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily for men/lycopene oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily for women 50+ adv oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily for women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily healthy weight adv oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily maximum oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily mens 50+ multivit oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily mens health oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily multivitamin adult oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily multivitamin/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily womens 50 plus oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily womens 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
one daily/minerals 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 HEALTH FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 SCOOBY-DOO GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$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
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 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 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<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-vital/fe drop oral solution 10 mg/ml</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 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vital/iron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvitamin/iron oral tablet chewable 18 mg</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</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamin oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 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
<i>profola oral tablet</i>	\$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 CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<i>pure c 500 oral capsule extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PUREWAY-C ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px advanced formula multivits oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px complete senior multivits oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px mens multivitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$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 daily multivit/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
<i>qc multi-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc therin-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc womens daily multivitamin oral tablet</i>	\$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
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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ra no flush niacin oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra one daily energy formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra one daily essential oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra one daily maximum oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra one daily mens 50+ w/vit d3 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra one daily mens/vit d-3 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra one daily womens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
RENAL MULTIVITAMIN FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
renal vitamin oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
renal-vite oral tablet 0.8 mg	\$0 (Nível 3)	DP
RENAPLEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
RENAPLEX-D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
rena-vite oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
rena-vite rx oral tablet 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
reno caps oral capsule 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
REQ 49+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SAVISION ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
sb vitamin c oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
senior tabs oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
sentry oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sentry senior oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm animal shapes kids first oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
sm antioxidant vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b super vitamin complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b100 complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b-complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm b-complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm complete 50+ oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm complete 50+ ultimate mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm complete 50+ ultimate women oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm complete advanced formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm complete senior formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm hair/skin/nails oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm multiple vitamins essential oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm multiple vitamins/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm one daily mens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm one daily womens oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm opti-vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm super b complex/c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin b1 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin b6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 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 FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SUNVITE ADVANCED 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 maxi oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/fa/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
<i>super multiple oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER QINTS 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>superplex-t oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg	\$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 M PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
thera vital m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
therabasic-m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 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
thera-m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
therapeutic formula/hematinics oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
therapeutic multivit/mineral oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
therapeutic-m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
therapeutic-m/lutein oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
thera-tabs m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
thera-tabs oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
theravim-m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS-H ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS-M ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
thiamine hcl injection solution 100 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
thiamine hcl oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
thiamine mononitrate oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
thrivite 19 oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
total b/c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
triphrocaps oral capsule 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
tropical liquid nutrition oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ultra freedea oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ultra freedal/iron oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
unicomplex-m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
v-c forte oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VENTRIXYL FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VENTRIXYL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
virt-caps oral capsule 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
vision formula 2 oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
vision formula eye health oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
vision formula/lutein oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vision vitamins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000	\$0 (Nível 3)	DP
vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vita hair oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitabasic complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitabasic senior oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vita-bee/c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
vitabex plus oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
vitachew multiple vitamin oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
VITAFOL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
vitalee oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b + c complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b 12 oral tablet 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b-1 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b12 oral tablet 100 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b-12 oral tablet 100 mcg, 1000 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b12 tr oral tablet extended release 2000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b12-folic acid oral tablet 500-400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b6 oral tablet 100 mg, 50 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin b-complex oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c drops mouth/throat lozenge 60 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c er oral capsule extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c er oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c oral tablet chewable 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c plus wild rose hips oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c/rose hips tr oral tablet extended release 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-acerola oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-rose hips er oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin c-rose hips tr oral tablet extended release 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d (cholecalciferol) oral capsule 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 complete oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
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), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e blend oral capsule 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin e-400 oral capsule 400 unit	\$0 (Nível 3)	DP
vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamins acid-fluoride oral solution 0.25 mg/ml	\$0 (Nível 3)	DP
vitamins a-d-e/selenium oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
vitamins for hair oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
vitamins/minerals oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VITASANA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitasure oral tablet 1 mg</i>	\$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)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitrum 50+ senior multi oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITRUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vp-vite rx oral tablet 1 mg</i>	\$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 mini oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>westab one oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>west-vite w/folic acid oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens daily form/fal/cal/fe 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 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>xvite oral tablet 1 mg</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
<i>zoo friends complete oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zyvana oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %</i>	\$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 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
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot spray external aerosol 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>butenafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 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) 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx) 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc) 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx) 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30ml a cada 30 dias)
<i>clotrimazole-betamethasone external cream 1-0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>cvs jock itch external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DERMAFUNGAL EXTERNAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$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>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
LAMISIL AT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole antifungal external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICOTRIN AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
MICOTRIN AP EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
MYCOZYL AC EXTERNAL CREAM 1 %	\$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)
<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>px athletic foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REMEDY ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
REMEDY PHYTOPLEX ANTIFUNGAL EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SOOTHE & COOL INZO ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terbinafine hcl external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt antifungal spray powder external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TING EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolnaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 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, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (46,6 gramas a cada 30 dias)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 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 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
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (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		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 gramas a cada 30 dias); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nível 2)	QL (180 gramas a cada 30 dias)
<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)

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 hcl urethral/mucosal external gel 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30ml a cada 30 dias)
<i>lidocaine-prilocaine external cream 2.5-2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 gramas a cada 30 dias)
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>first aid antibiotic external ointment 3.5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>grp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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>px triple external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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)	
SULFAMYLYON 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</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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Dermatologia, Antipsoriáticos		
acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg	\$0 (Nível 1)	PA
calcipotriene external ointment 0.005 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
calcipotriene external solution 0.005 %	\$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)
tazarotene external cream 0.1 %	\$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, Antisseborréicos		
ketoconazole external shampoo 2 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
selenium sulfide external lotion 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Corticosteróides		
ala-cort external cream 1 %, 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
alclometasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone valerate external cream 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
betamethasone valerate external lotion 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
betamethasone valerate external ointment 0.1 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate e external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external cream 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external gel 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external ointment 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
clobetasol propionate external solution 0.05 %	\$0 (Nível 1)	QL (50ml a cada 30 dias)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
fluocinolone acetonide external cream 0.01 %	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
fluocinolone acetonide external cream 0.025 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
fluocinolone acetonide external solution 0.01 %	\$0 (Nível 1)	QL (90ml a cada 30 dias)

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<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 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (454 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)	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 lotion 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx) 12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc) 12 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx) 12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
BASLE EXTERNAL CREAM	\$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 %, 0.1 %</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 EXTERNAL CREAM	\$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
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
cvs moisturizing external cream	\$0 (Nível 3)	DP
cvs moisturizing extra dry external cream	\$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
diclofenac sodium external gel 1 %	\$0 (Nível 1)	QL (1000 gramas a cada 30 dias)
diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %	\$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
eq therapeutic moisturizing external cream	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN INTENSIVE REPAIR HAND EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
first aid antiseptic external ointment 10 %	\$0 (Nível 3)	DP
fluorouracil external cream 5 %	\$0 (Nível 1)	QL (40 gramas a cada 30 dias)
fluorouracil external solution 2 %, 5 %	\$0 (Nível 1)	QL (10ml a cada 30 dias)
gnp anti-itch external cream 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp calamine external lotion 8-8 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp capsaicin external liquid 0.15 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp lidocaine pain relief external patch 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp zinc oxide external ointment 20 %	\$0 (Nível 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm calamine external lotion 8-8 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm lidocaine patch external patch 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
hm povidone-iodine external solution 10 %	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
hydrocortisone (perianal) external cream 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
imiquimod external cream 5 %	\$0 (Nível 1)	QL (24 pacotes a cada 30 dias)
itch relief extra strength external cream 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NIVEA SOFT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
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>podoftilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (7ml a cada 28 dias)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
<i>px calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nível 2)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
RISAMINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.625 %	\$0 (Nível 3)	DP
ROSADAN EXTERNAL CREAM 0.75 %	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<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

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm benzoin tincture 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
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$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)	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; LA; 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 HP EXTERNAL CREAM 0.075 %, 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nível 3)	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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>gnp ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	100	adult aspirin regimen.....	33	allergy-time	95
12 hour nasal decongestant.....	100	adult one daily gummies.....	133	allopurinol.....	36
12 hour nasal spray.....	100	ADVAIR DISKUS	98	ALMAcone DOUBLE STRENGTH	71
1st base.....	55	ADVAIR HFA.....	98	alosetron hcl.....	75
24hr allergy relief.....	94	ADVANCED MULTI EA.....	133	ALPHAGAN P	88
3 day vaginal	82	ADVANTAGE CARE		alprazolam.....	109
4-WAY FAST ACTING	100	ELECTROLYTE PED.....	126	ALREX	90
50+ adult eye health.....	132	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	29	ALTAVERA	61
8 hour arthritis pain reliever.....	32	AFIRMELLE	61	alum & mag hydroxide-simeth.....	71
8 hr arthritis pain relief.....	32	AIMOVIG	119	alumina-magnesia-simethicone	71
8hr muscle aches & pain.....	32	AIRBORNE	133	aluminum hydroxide gel.....	71
a thru z advanced.....	132	AIRBORNE GUMMIES	133	ALUNBRIG	15
a thru z high potency.....	132	AIRBORNE KIDS	133	alyacen 1/35.....	61
a thru z select.....	133	AIRBORNE+GOOD REST	133	alyacen 7/7/7	62
a thru z select 50+ advanced.....	132	AIRBORNE+NATURAL ENERGY	133	AMABELZ	68
a thru z select 50+ mens.....	132	AIRBORNE+PROBIOTIC	133	amantadine hcl	108
a thru z select advanced.....	132	ala-cort.....	166	ambrisentan	54
a thru z select ultimate women	133	ALAVERt	94	AMETHIA	62
a thru z ultimate mens.....	133	ALAVERt ALLERGY/SINUS	100	amikacin sulfate	40
a-10000.....	133	albendazole	40	amiloride hcl	53
abacavir sulfate	37	albuterol sulfate	93, 94	amiloride-hydrochlorothiazide	53
abacavir sulfate-lamivudine	39	albuterol sulfate hfa	93	amiodarone hcl	48
abc complete senior womens 50+	133	aclometasone dipropionate	166	amitriptyline hcl	113
abc plus.....	133	ALDURAZYME	67	AMLADEX	133
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+	133	ALECENSA	15	amlodipine besy-benazepril hcl	52
ABELCET	39	alendronate sodium	70	amlodipine besylate	51
ABILIFY MAINTENA.....	115	aler-cap	94	amlodipine besylate-valsartan	52
abiraterone acetate	20	alfuzosin hcl er	83	amlodipine-olmesartan	52
acamprosate calcium	120	algae based calcium	133	ammonium lactate	168
acarbose	58	aliskiren fumarate	53	AMNESTEEM	164
ACCUTANE	164	ALIVE ULTRA POTENCY		amoxapine	114
acebutolol hcl	50	WOMENS 50+	133	amoxicillin	46
acerola c-500.....	133	ALIVE WOMENS 50+	133	amoxicillin-pot clavulanate	46
acetaminophen	32, 33	ALIVE WOMENS ENERGY	133	amoxicillin-pot clavulanate er	46
acetaminophen 8 hour.....	32	ALIVE WOMENS GUMMY	133	amphetamine-dextroamphetamine er	123
acetaminophen childrens	32	all day allergy	94	amphetamine-dextroamphetamine	123
acetaminophen er	32	all day allergy childrens	94	amphotericin b	39
acetaminophen extra strength	32	all day allergy d	101	amphotericin b liposome	40
acetaminophen infants	32	all day allergy-d	101	ampicillin	47
acetaminophen-codeine	30, 31	ALLBEE/C	133	ampicillin sodium	47
acetaminophen-codeine #3	30	all-day allergy childrens	94	ampicillin-sulbactam sodium	47
acetazolamide	53	aller-chlor	94	anagrelide hcl	84
acetazolamide er	52	aller-ease	94	anastrozole	20
acetic acid	83, 93	allergy	94	animal chews	133
acetylcysteine	98	allergy (cetirizine)	94	ANIMAL SHAPES	133
acitretin	166	allergy 24-hr	94	animal shapes/iron	133
ACTHIB	27	allergy childrens	94	ANIMI-3	133
actical	133	allergy rel child (loratadine)	94	ANORO ELLIPTA	98
ACTIMMUNE	26	allergy relief	95	antacid	71
active fe	85	allergy relief (loratadine)	94	antacid anti-gas max strength	71
acyclovir	43	allergy relief cetirizine	94	antacid anti-gas reg strength	71
acyclovir sodium	43	allergy relief childrens	94	antacid maximum strength	71
ADACEL	27	allergy relief d	101	antacid plus anti-gas relief	71
adapalene	164	allergy relief d-12	101	antacid regular strength	71
adefovir dipivoxil	43	allergy relief d-24	101	antacid/antigas	72
ADEK GUMMIES PLUS ZN	133	allergy relief/indoor/outdoor	95	antacid/anti-gas	72
ADEMPAS	54	allergy relief/nasal decongest	101	anti-diarrheal	73
ADIPEX-P	120	allergy relief-d	101	antifungal	162
ADRENALIN	53	allergy/congestion relief	101	anti-fungal	162

antifungal (<i>clotrimazole</i>)	162	AUSTEDO	118	BENZEFOAM	164
antifungal (<i>tolnaftate</i>)	162	AVIANE	62	BENZEPRO	164
antifungal <i>clotrimazole</i>	162	AVITA	164	BENZEPRO SHORT CONTACT	164
anti-itch	168	AYUNA	62	<i>benzoin</i>	168
antioxidant	133	AYVAKIT	15	<i>benzonatate</i>	101
anti-oxidant	134	<i>az cream</i>	55	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	164
antioxidant <i>a/c/e/selenium</i>	133	<i>azacitidine</i>	22	<i>benzphetamine hcl</i>	120
antioxidant formula	133	<i>azathioprine</i>	26	<i>benztropine mesylate</i>	108
antiseptic skin cleanser	168	<i>azelastine hcl</i>	88, 95	BERINERT	84
APHEN	33	<i>azithromycin</i>	45	BESIVANCE	89
aprepitant	74	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI	22
APRI	62	CYCLE CARE	134	<i>beta care</i>	168
APTIOM	109	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA	168
APTIVUS	37	HAPPY CYCL	134	BETADINE	168
AQUA GLYCOLIC FACE	168	<i>aztreonam</i>	40	<i>betaine</i>	67
AQUADEKS	134	AZURETTE	62	<i>betamethasone dipropionate</i>	166
aqueous <i>vitamin d</i>	134	<i>b complex</i>	134	<i>betamethasone dipropionate aug</i>	166
ARALAST NP	98	<i>b complex (folic acid)</i>	134	<i>betamethasone valerate</i>	166
ARANELLE	62	<i>b complex vitamins</i>	134	BETASERON	120
ARBEM H-COSMETIC	55	<i>b complex-b12</i>	134	<i>betaxolol hcl</i>	50, 88
ARBEM LIPOOPEN	55	<i>b complex-c</i>	134	<i>bethanechol chloride</i>	83
ARCALYST	26	<i>b complex-c-folic acid</i>	134	BETOPTIC-S	88
ariPIPRAZOLE	115	<i>b-1</i>	134	<i>better b complex</i>	134
ARISTADA	115	<i>b-12</i>	134	BEVESPI AEROSPHERE	98
ARISTADA INITIO	115	<i>b-12 tr</i>	134	<i>bexarotene</i>	22, 168
armodafinil	120	<i>b-6</i>	134	BEXSERO	27
ARNUTITY ELLIPTA	100	<i>b6 natural</i>	134	<i>bicalutamide</i>	21
arthritis pain relief	33	<i>bacitracin</i>	89, 165	BICILLIN L-A	47
arthritis pain relieving	168	<i>bacitracin zinc</i>	165	BIKTARVY	39
artificial tears	90	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	165	BIO-35 GLUTEN-FREE	134
ascorbic acid	134	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	89	<i>biocal</i>	134
asenapine maleate	115	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	89	BIOLYTE	126
ASHLYNA	62	<i>baclofen</i>	108	<i>biosupp</i>	134
aspirin	33	BACMIN	134	BIOTECT PLUS	134
aspirin adult low strength	33	BAFIERTAM	120	<i>biotin</i>	135
aspirin ec	33	<i>balance b-50</i>	134	<i>biotin 5000</i>	134
aspirin ec adult low strength	33	<i>balsalazide disodium</i>	76	<i>biotin maximum strength</i>	134
aspirin ec low strength	33	BALVERSA	15	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	135
aspirin low dose	33	BALZIVA	62	<i>bisacodyl</i>	77
aspirin-dipyridamole er	88	BANOPHEN	95, 168	<i>bisacodyl ec</i>	77
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BARACLUDE	43	<i>bisacodyl laxative</i>	77
SYR	60	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	134	<i>bismatrol</i>	73
atazanavir sulfate	37	BASAGLAR KWIKPEN	60	<i>bismuth</i>	73
atenolol	50	BASE PCCA CLARIFYING	55	<i>bismuth subsalicylate</i>	73
atenolol-chlorthalidone	50	BASLE	168	<i>bisoprolol fumarate</i>	50
athletes foot (<i>clotrimazole</i>)	162	BAYER ASPIRIN	33	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	50
athletes foot (<i>terbinafine</i>)	162	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE	33	BIVIGAM	25
athletes foot powder spray	162	<i>bcg vaccine</i>	27	BLISOVI 24 FE	62
athletes foot spray	162	<i>b-complex (folic acid)</i>	134	BLISOVI FE 1.5/30	62
atomoxetine hcl	123	<i>b-complex balanced</i>	134	<i>body/hair/skin/nails</i>	135
atorvastatin calcium	49	<i>b-complex/b-12</i>	134	BOOSTRIX	27
atovaquone	40	<i>b-complex/vitamin c</i>	134	<i>bortezomib</i>	15
atovaquone-proguanil hcl	42	<i>b-complex-c</i>	134	<i>bosentan</i>	54
atropine sulfate	90	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	134	BOSULIF	15
ATROVENT HFA	94	BELSOMRA	119	<i>bp vit 3</i>	135
AUBRA EQ	62	<i>benazepril hcl</i>	54	BPROTECTED MULTI-VITE	135
AUROVELA 1/20	62	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	52	BPROTECTED PEDIA D-VITE	135
AUROVELA 24 FE	62	BENDEKA	15	BPROTECTED PEDIA POLY-	
AUROVELA FE 1.5/30	62	BENLYSTA	26	VITE/FE	135
AUROVELA FE 1/20	62	BENZEDREX	101	BRAFTOVI	15

BREO ELLIPTA	98	calcium 600+d	127	cefadroxil	44
BREZTRI AEROSPHERE	98	calcium 600+d high potency	127	cefazolin sodium	44
briellyn	62	calcium 600+d3	127	cefazolin sodium-dextrose	44
BRILINTA	88	calcium 600-d	128	cefdinir	44
brimonidine tartrate	88	calcium acetate	56	cefeprazone hcl	44
brinzolamide	88	calcium acetate (phos binder)	56	cefixime	44
BRIVIACT	109	calcium carb-cholecalciferol	128	cefoxitin sodium	44
bromocriptine mesylate	108	calcium carbonate	128	cefpodoxime proxetil	44
BROMSITE	90	calcium carbonate antacid	72	cefpotizil	45
BRUKINSA	15	calcium citrate	128	ceftazidime	45
budesonide	76, 100	calcium citrate + d3	128	ceftazidime and dextrose	45
budesonide er	76	calcium citrate + d3 maximum	128	ceftriaxone sodium	45
bumetanide	53	calcium citrate +d	128	cefuroxime axetil	45
buprenorphine	32	calcium citrate+d3	128	cefuroxime sodium	45
buprenorphine hcl	120	calcium citrate+d3 petites	128	celecoxib	29
buprenorphine hcl-naloxone hcl	120	calcium citrate-vitamin d	128	CELONTIN	109
bupropion hcl	114	calcium citrate-vitamin d3	128	centavite a-z complete-mineral	135
bupropion hcl er (smoking det)	121	calcium extra d3	128	CENTRATEX	85
bupropion hcl er (sr)	114	calcium high potency	128	centravites	135
bupropion hcl er (xl)	114	calcium high potency/vitamin d	128	centravites 50 plus	135
buspirone hcl	109	calcium oyster shell	128	centravites adults	135
butenafine hcl	162	calcium plus vitamin d	128	CENTRUM	136
butorphanol tartrate	31	calcium+d3	128	CENTRUM ADULTS	135
BYDUREON BCISE	58	calcium-magnesium-zinc	128	CENTRUM CARDIO	135
BYETTA 10 MCG PEN	58	calcium-vitamin d3	128	CENTRUM FLAVOR BURST	
BYETTA 5 MCG PEN	58	CALMOSEPTINE	168	ADULT	135
c 1000	135	CALQUENCE	15, 16	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
c 500	135	CAMILA	62		135
c-1000	135	CAMRESE	62	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	135
c-1000/rose hips	135	CAMRESE LO	62	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c-250	135	candesartan cilexetil	48	ADULT	135
c-500	135	candesartan cilexetil-hctz	52	CENTRUM KIDS	135
c-500/rose hips	135	capcof	101	CENTRUM MEN	135
cabergoline	67	CAPLYTA	116	CENTRUM MULTIGUMMIES	136
CABOMETYX	15	CAPRELSA	16	CENTRUM SILVER	136
calamine	168	capsaicin	168	CENTRUM SILVER 50+MEN	136
calamine phenolated	168	capsaicin pain relief	168	CENTRUM SILVER 50+WOMEN	136
calamine-zinc oxide	168	captopril	54	CENTRUM SILVER ADULT 50+	136
CALCI-CHEW	127	CAPZASIN-HP	168	CENTRUM SILVER ULTRA	
CALCIDOL	135	carbamazepine	109	WOMENS	136
calcipotriene	166	carbamazepine er	109	CENTRUM SPECIALIST HEART	136
calcitonin (salmon)	70	carbidopa-levodopa	108	CENTRUM SPECIALIST VISION	136
CALCITRATE	127	carbidopa-levodopa er	108	CENTRUM ULTRA WOMENS	136
CALCITRENE	166	carbidopa-levodopa-entacapone	108	CENTRUM WOMEN	136
calcitriol	57	carboplatin	15	century	136
calcium	128	carboxymethylcellulose sod pf	90	century mature	136
calcium + d	127	carboxymethylcellulose sodium	90, 91	cephalexin	45
calcium + vitamin d3	127	CARDIOTEK RX	135	CERALYTE 70	126
calcium 500 + d	127	carglumic acid	67	CERASPORT	126
calcium 500 + d3	127	carisoprodol	108	CERASPORT EX1	126
calcium 500 +d	127	CARRINGTON ANTIFUNGAL	162	CERAVE	168
calcium 500+d high potency	127	carteolol hcl	88	CERAVE MOISTURIZING	168
calcium 500+d3	127	CARTIA XT	51	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
calcium 600	127	carvedilol	50	SKIN	168
calcium 600 + d	127	caspofungin acetate	40	CERDELGA	67
calcium 600 high potency	127	castellani paint modified	162	CEREFOLIN	136
calcium 600/vitamin d	127	CAYSTON	40	CEREZYME	67
calcium 500+d	127	c-chewable	135	CEROVITE ADVANCED	
calcium 500+d high potency	127	cefaclor	44	FORMULA	136
calcium 500+d3	127	cefaclor er	44	CEROVITE JR	136

CEROVITE SENIOR.....	136	<i>clarithromycin er</i>	45	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>certa plus</i>	136	<i>classic prenatal</i>	136	SYRINGE.....	60
CERTA-VITE.....	136	CLEAR EYES NATURAL TEARS	91	<i>companion</i>	136
CERTAVITE SENIOR.....	136	CLEARLAX.....	77	COMPETE.....	136
CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	40	COMPLERA.....	39
SENIOR/ANTIOXIDANT	136	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	40	<i>complete</i>	137
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS	136	<i>clindamycin phosphate</i>	41, 82, 164	<i>complete allergy medicine</i>	95
CETAPHIL MOISTURIZING	168	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	41	<i>complete allergy relief</i>	95
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	168	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	41	<i>complete multivitamin/mineral</i>	136
<i>cetirizine hcl</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ...	132	<i>complete senior</i>	137
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) ...	132	COMPRO.....	74
<i>cetirizine hcl childrens</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) ...	132	<i>constulose</i>	77
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) ...	132	COPIKTRA.....	16
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	101	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	132	<i>coq10</i>	123
<i>cevimeline hcl</i>	162	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	132	<i>coq-10</i>	123, 124
<i>charcoal</i>	67	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	132	CORLANOR.....	53
CHATEAL.....	62	CLINISOL SF.....	132	CORVITA.....	137
CHEMET.....	57	CLINOLIPID.....	132	CORVITA 150.....	85
<i>chest congestion relief</i>	101	<i>clobazam</i>	109	CORVITE 150.....	85
<i>chest congestion relief dm</i>	101	<i>clobetasol propionate</i>	166	<i>corvite fe</i>	85
<i>chewable vite childrens</i>	136	<i>clobetasol propionate e</i>	166	COTELLIC.....	16
<i>childrens acetaminophen</i>	33	<i>clomipramine hcl</i>	114	<i>cough dm</i>	101
CHILDRENS ADVIL.....	29	<i>clonazepam</i>	109, 110	<i>cough dm childrens</i>	101
<i>childrens animal shapes</i>	136	<i>clonidine</i>	53	<i>cough/chest congestion dm</i>	101
<i>childrens apap</i>	33	<i>clonidine hcl</i>	53	<i>cream base</i>	55
<i>childrens chew multivitamin</i>	136	<i>clopidogrel bisulfate</i>	88	CREON.....	77
<i>childrens chewable multi vits</i>	136	<i>clorazepate dipotassium</i>	110	<i>cromolyn sodium</i>	75, 88, 98
<i>childrens chewable vitamins</i>	136	CLORPACTIN.....	168	CRYSELLE-28.....	62
<i>childrens gummies</i>	136	<i>clotrimazole</i>	82, 162	CULTURELLE PROBIOTICS +	
<i>childrens ibuprofen</i>	29	<i>clotrimazole 3</i>	82	MULTIV.....	137
<i>childrens loratadine</i>	95	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	162	<i>cupric chloride</i>	132
<i>childrens multivitamin</i>	136	<i>clotrimazole athletes foot</i>	162	CVS AIRSHIELD.....	137
<i>childrens silapap</i>	33	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	162	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	162	<i>clozapine</i>	116	SUPPORT.....	137
<i>chlorhist</i>	95	<i>co q 10</i>	123	<i>cvs b complex plus c</i>	137
<i>chloroquine phosphate</i>	42	<i>co q10</i>	123	<i>cvs b-1</i>	137
<i>chlorpheniramine maleate</i>	95	<i>co q-10</i>	123	<i>cvs b6</i>	137
<i>chlorpromazine hcl</i>	116	COARTEM.....	43	<i>cvs biotin</i>	137
<i>chlorthalidone</i>	53	<i>coconut oil beauty</i>	168	<i>cvs calcium carbonate</i>	128
<i>cholestyramine</i>	49	<i>cod liver oil</i>	136	<i>cvs calcium citrate +d</i>	128
<i>cholestyramine light</i>	49	<i>coditussin ac</i>	101	<i>cvs calcium citrate +d3 mini</i>	129
CHROMAGEN.....	85	<i>coditussin dac</i>	101	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	129
<i>chromic chloride</i>	132	<i>coenzyme q10</i>	123	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	129
<i>ciclopirox olamine</i>	162	<i>coenzyme q-10</i>	123	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	137
<i>cilostazol</i>	84	<i>co-enzyme q10</i>	123	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	137
CILOXAN.....	89	<i>co-enzyme q-10</i>	123	<i>cvs childrens complete</i>	137
CIMDUO.....	39	COLACE.....	77	<i>cvs coenzyme q-10</i>	124
<i>cinacalcet hcl</i>	67	COLACE 2-IN-1.....	77	<i>cvs cough dm</i>	101
CIPRO.....	46	<i>colchicine</i>	37	<i>cvs d3</i>	137
<i>ciprofloxacin hcl</i>	46, 89	<i>colchicine-probenecid</i>	37	<i>cvs daily gummies</i>	137
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	46	<i>colesevelam hcl</i>	49	<i>cvs daily gummies adult</i>	137
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	93	<i>colestipol hcl</i>	49	<i>cvs daily multiple for men</i>	137
<i>cisplatin</i>	15	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	41	<i>cvs daily multiple for women</i>	137
<i>citalopram hydrobromide</i>	114	COMBIGAN.....	88	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	137
CITRACAL MAXIMUM.....	128	COMBIVENT RESPIMAT.....	98	<i>cvs e</i>	137
CITRACAL PETITES/VITAMIN D	128	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvs electrolyte solution</i>	126
<i>citrus calcium +d</i>	128	DOSE).....	16	<i>cvs eye health & lutein</i>	137
<i>citrus calcium/vitamin d</i>	128	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvs eye health adult 50+</i>	137
CLARAVIS.....	164	DOSE).....	16	<i>cvs folic acid</i>	137
<i>clarithromycin</i>	45	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).16		<i>cvs gauze sterile</i>	60

cvs glucose	57	d 400.....	138	DERMACINRX RIBOTIN-E	139
cvs gummy dinos	137	d 5000.....	138	DERMACINRX ZINTREXYL-C	139
cvs gummy multivitamin kids	137	d-1000 extra strength.....	138	DERMAFUNGAL	163
cvs iron	85	d2000 ultra strength.....	138	DESCOVY	39
cvs jock itch	162	d3	138	DESENEX	163
CVS KETONE CARE	67	d3 high potency.....	138	desipramine hcl	114
cvs lice treatment	167	d3 maximum strength.....	138	desmopressin ace spray refrigerated	67
cvs magnesium	129	d3 super strength.....	138	desmopressin acetate	67
cvs magnesium oxide	129	d3 vitamin	138	desmopressin acetate pf	67
cvs mens daily gummies	137	d3-1000	139	desmopressin acetate spray	67
cvs moisturizing	169	d-3-5	139	desogestrel-ethinyl estradiol	62
cvs moisturizing extra dry	169	D3-50	139	desvenlafaxine succinate er	114
cvs one daily essential	137	d-400	139	dexamethasone	69
cvs one daily mens 50+ adv	137	d-5000	139	DEXAMETHASONE INTENSOL	69
cvs one daily mens formula	137	daily multi	139	dexamethasone sod phosphate pf	69
cvs one daily womens 50+ adv	137	daily multiple vitamins	139	dexamethasone sodium phosphate	69, 90
cvs one daily womens formula	137	daily multiple vitamins/iron	139	dexamethylphenidate hcl	123
cvs oyster shell calcium+vit d	129	daily multivitamin	139	dextromethorphan hbr	101
cvs oyster shell calcium-vit d	129	daily value multivitamin	139	dextromethorphan polistirex er	102
cvs ped electrolyte freeze pop	126	daily vitamin	139	dextromethorphan-guaifenesin	102
cvs pediatric electrolyte	126	daily vitamin formula	139	dextrose	132
cvs pinworm treatment	41	daily vitamin formula+iron	139	dextrose 5%/electrolyte #48	124
cvs spectravite adult 50+	137	daily vitamin formula+minerals	139	dextrose in lactated ringers	124
cvs spectravite adults	137	daily vitamins	139	dextrose-nacl	124
cvs spectravite advanced	138	daily vite	139	dextrose-sodium chloride	124
cvs spectravite men	138	daily vite multivitamin/iron	139	diabetes health formula	139
cvs spectravite men 50+	138	daily vites	139	DIABETIC TUSSIN DM	102
cvs spectravite senior	138	daily vites/iron	139	DIABETIDERM	169
cvs spectravite ultra men 50+	138	daily-vite	139	DIABETIDERM FOOT	169
cvs spectravite ultra mens	138	daily-vite multivitamin	139	REJUVENATING	169
cvs spectravite ultra women	138	daily-vite/iron/beta-carotene	139	DIACOMIT	110
cvs spectravite women	138	dalfampridine er	120	DIALYVITE	140
cvs spectravite women 50+	138	DALIRESP	98	DIALYVITE 3000	139
cvs spectravite womens senior	138	danazol	68	DIALYVITE 5000	140
cvs super b complex/c	138	dantrolene sodium	109	DIALYVITE 800	140
cvs vision health	138	dapsone	41	dialyvite 800/ultra d	140
cvs vitamin b12	138	DAPTACEL	27	DIALYVITE 800/ZINC	140
cvs vitamin b-12	138	daptomycin	41	DIALYVITE 800-ZINC 15	140
cvs vitamin c	138	DASETTA 1/35	62	DIALYVITE SUPREME D	140
cvs vitamin c-rose hips	138	DASETTA 7/7/7	62	DIALYVITE VITAMIN D 5000	140
cvs vitamin d3	138	DAURISMO	16	DIALYVITE/ZINC	140
cvs vitamin e	138	dayavite	139	diamode	73
cvs womens active daily	138	DAYSEE	62	diazepam	110
cvs womens daily gummies	138	DEBLITANE	62	DIAZEPAM INTENSOL	110
cvs zinc gluconate	129	DEBROX	171	diazoxide	57
cyanocobalamin	138	DECARA	139	diclofenac potassium	29
cyclobenzaprine hcl	109	DECUBI-VITE	139	diclofenac sodium	29, 90, 169
cyclophosphamide	15	deferasirox	57	diclofenac sodium er	29
cycloserine	38	deferasirox granules	57	dicloxacillin sodium	47
cyclosporine	26	dekas bariatric	139	dicyclomine hcl	74
cyclosporine modified	26	DEKAS PLUS	139	diethylpropion hcl	121
cyproheptadine hcl	95	DEKAS PLUS OCEAN	139	diethylpropion hcl er	121
CYRED EQ	62	DELESTROGEN	69	DIFFERIN	164
CYSTADROPS	91	DELSTRIGO	39	DIFCID	45
CYSTAGON	67	DELSYM	101	diflunisal	29
CYSTARAN	91	DELSYM COUGH CHILDRENS	101	diluprednate	90
cytarabine	22	delta d3	139	digoxin	53
d 1000	138	DENGVAXIA	27	dihydroergotamine mesylate	119
d 10000	138	DERMABASE	169	DILANTIN	110
d 2000	138	DERMACINRX FOLTAMIN	139		

DILANTIN INFATABS	110	DYNA-HEX 4	169	ENTRESTO	52
diltiazem hcl	51	e 1000	140	enulose	78
diltiazem hcl er	51	E.E.S. 400	45	EPCLUSA	43
diltiazem hcl er beads	51	e200	140	EPIDIOLEX	110
diltiazem hcl er coated beads	51	e-200	140	epinephrine	98
dilt-xr	51	e-400	140	EPITOL	110
DINO-LIFE	140	ear drops	171	EPIVIR HBV	43
diphen	95	ear drops earwax aid	171	eplerenone	48
diphenhist	95	earwax removal	171	EPRONTIA	110
diphenhydramine hcl	95	earwax removal kit	171	epsom salt	78
diphenhydramine hcl childrens	95	ec-naproxen	29	eq calcium 500+d	129
diphenhydramine-zinc acetate	169	ECOTRIN	33	eq calcium citrate+d	129
diphenoxylate-atropine	75	ECOTRIN LOW STRENGTH	33	eq complete multivit adult 50+	140
diphtheria-tetanus toxoids dt	27	ed chlorped jr	95	eq complete multivitamin child	140
dipyridamole	88	ed-a-hist dm	102	eq complete multivitamin-adult	140
disney cars gummies	140	ed-apap	33	eq cough dm	102
disney princess gummies	140	EDURANT	37	eq lice killing max st	167
disopyramide phosphate	48	efavirenz	37	eq multivitamin gummies	140
disulfiram	121	efavirenz-emtricitab-tenofovir	39	eq one daily mens 50+	140
divalproex sodium	110	efavirenz-lamivudine-tenofovir	39	eq one daily mens health	140
divalproex sodium er	110	ELDERTONIC	140	eq one daily womens health	140
DML FORTE	169	ELFOLATE PLUS	140	eq therapeutic moisturizing	169
docetaxel	23	ELIGARD	21	eql all day allergy	95
docu	77	ELINEST	62	eql allergy/congestion relief	102
DOCU LIQUID	77	ELIQUIS	84	eql antacid/anti-gas	72
docusate calcium	77	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK 84	84	eql b complex 50	140
docusate mini	77	ELLA	62	eql b-6	140
docusate sodium	77	ELLENCE	21	eql calcium citrate/vitamin d	129
DOCUSOL MINI	78	ELURYNG	62	eql calcium citrate/vitamin d3	129
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA	78	EMCYT	21	eql calcium/vitamin d	129
dofetilide	48	EMERGEN-C VITAMIN C	140	eql century	141
DOK	78	EMOLLIA-CREME	169	eql century mature	141
donepezil hcl	113	emollient base	55	eql century mature adults 50+	140
DOPTELET	84	EMOQUETTE	62	eql century mens	141
dorzolamide hcl	88	EMSAM	114	eql child multivit/minerals	141
dorzolamide hcl-timolol mal	88	emtricitabine	37	eql coq10	124
DOTTI	69	emtricitabine-tenofovir df	39	eql iron supplement therapy	85
DOVATO	39	EMTRIVA	37	eql one daily mens 50+ advance	141
doxazosin mesylate	50	EMVERM	41	eql one daily mens health	141
doxepin hcl	114, 119	enalapril maleate	54	eql one daily womens 50+ adv	141
doxorubicin hcl	21	enalapril-hydrochlorothiazide	52	eql slow release iron	85
doxorubicin hcl liposomal	21	ENBREL	24	eql super b complex/vitamin c	141
DOXY 100	48	ENBREL MINI	23	eql vision formula	141
doxycycline hyolate	48	ENBREL SURECLICK	24	eql vitamin b-12	141
doxycycline monohydrate	48	ENDARI	84	eql vitamin b-12 tr	141
DRISDOL	140	ENDOCET	31	eql vitamin c	141
DRIZALMA SPRINKLE	114	ENDUR-ACIN	140	eql vitamin c/rose hips	141
dronabinol	74	ENDUR-C	140	eql vitamin d3	141
drospiren-eth estrad-levomefol	62	enema	78	eql vitamin e	141
drospirenone-ethinyl estradiol	62	enema ready-to-use	78	ergocalciferol	141
DROXIA	84	ENEMEEZ MINI	78	ergotamine-caffeine	119
droxidopa	53	ENEMEEZ PLUS	78	ERIVEDGE	16
DRY EYE FORMULA	140	ENFAMIL ENFALYTE	126	ERLEADA	21
dry eye relief drops	91	ENGERIX-B	27	erlotinib hcl	16
dss	78	enoxaparin sodium	84	ERRIN	63
duloxetine hcl	114	ENPRESSE-28	63	ertapenem sodium	41
DUPIXENT	23	ENSKYCE	63	ery	164
dutasteride	83	ENSTILAR	166	ERY-TAB	46
dutasteride-tamsulosin hcl	83	entacapone	108	ERYTHROCIN LACTOBIONATE	46
D-VI-SOL	140	entecavir	43	ERYTHROCIN STEARATE	46

erythromycin	46, 89, 164	FEMYNOR	63	fluconazole	40
erythromycin base	46	fenofibrate	49	fluconazole in sodium chloride	40
erythromycin ethylsuccinate	46	fenofibrate micronized	49	flucytosine	40
erythromycin lactobionate	46	fentanyl	32	fludrocortisone acetate	69
ESBRIET	99	fentanyl citrate	31	flunisolide	100
escitalopram oxalate	114	FERAHEME	85	fluocinolone acetonide	93, 166
esomeprazole magnesium	77	FERATE	86	fluocinolone acetonide body	166
ESSENTIA	141	FERGON	86	fluocinolone acetonide scalp	167
essential balance	141	FERIVA 21/7	86	fluocinonide	167
ESTARYLLA	63	FERIVAFYA	86	fluocinonide emulsified base	167
ESTER-C	141	ferocon	86	fluorometholone	90
estradiol	69	FEROSUL	86	fluorouracil	22, 169
estradiol valerate	69	FERRALET 90	86	fluoxetine hcl	114
estradiol-norethindrone acet	69	ferretts	86	fluphenazine decanoate	116
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT	141	FERREX 150	86	fluphenazine hcl	116
eszopiclone	119	ferric x-150	86	flurbiprofen	29
ethambutol hcl	38	FERRLECIT	86	flurbiprofen sodium	90
ethosuximide	110	ferrous fumarate	86	fluticasone propionate	100, 167
ethynodiol diac-eth estradiol	63	ferrous gluconate	86	fluvoxamine maleate	109
etodolac	29	ferrous sulfate	86	folate	142
etodolac er	29	fesoteridine fumarate er	83	folbee	142
etonogestrel-ethynodiol estradiol	63	FETZIMA	114	folbee plus	142
etoposide	23	FETZIMA TITRATION	114	FOLBIC	142
etravirine	37	FEVERALL ADULTS	33	folic acid	142
EUCERIN CALMING DAILY MOIST	169	FEVERALL CHILDRENS	33	FOLIFLEX	142
EUCERIN INTENSIVE REPAIR HAND	169	FEVERALL INFANTS	33	folika-mg	142
EUCERIN PLUS	169	FEVERALL JUNIOR STRENGTH	33	FOLITAB 500	86
EUCERIN SKIN CALMING	169	fexofenadine hcl	95	folite	142
EULEXIN	21	FIASP	60	FOLITIN-Z	142
EUTHYROX	56	FIASP FLEXTOUCH	60	FOLIVANE-F	86
EVAC-U-GEN	78	FIASP PENFILL	60	FOLIVANE-PLUS	86
everolimus	16, 26	fiber	78	FOLIXAPURE	142
EVOTAZ	39	fiber laxative	78	folplex 2.2	142
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE	60	fiber laxative + calcium	78	FOLTABS 800	142
exemestane	21	fiber-lax	78	FOLTANX	142
EXKIVITY	16	finasteride	83	FOLTRATE	142
eye health + lutein	141	FINTEPLA	110	FOLTREXYL	142
eye multivitamin/lutein	141	first aid antibiotic	165	fondaparinux sodium	84
eye multivitamin/sodium	141	first aid antiseptic	169	FORTAVIT	142
eyeprotect	141	FLAC	93	FORTEO	70
ezetimibe	49	FLAREX	90	fosamprenavir calcium	37
ezetimibe-simvastatin	49	FLEBOGAMMA DIF	25	FOSFREE	142
fabb	141	flecainide acetate	48	fosinopril sodium	54
FABRAZYME	67	FLEET ENEMA	78	fosinopril sodium-hctz	52
FALMINA	63	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA	141	FOTIVDA	16
famciclovir	43	FLINTSTONES COMPLETE	141	FREAMINE III	132
famotidine	71	FLINTSTONES GUMMIES	141	freedavite	142
famotidine (pf)	71	FLINTSTONES GUMMIES BONE	141	fruit c 500	142
famotidine premixed	71	BUILD	141	fruity c	142
FANAPT	116	FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE	141	fruity chews	142
FANAPT TITRATION PACK	116	FLINTSTONES SOUR GUMMIES	142	full spectrum b/vitamin c	142
FARXIGA	58	FLINTSTONES W/IRON	142	fulvestrant	21
FASENRA	99	FLINTSTONES/MY FIRST	142	FUNGOID TINCTURE	163
FASENRA PEN	99	FLORIVA PLUS	142	furosemide	53
felbamate	110	FLOVENT DISKUS	100	FUSION	86
felodipine er	51	FLOVENT HFA	100	FUSION PLUS	86
				FUZEON	37
				FYAVOLV	69
				FYCOMPA	110, 111
				gabapentin	111

galantamine hydrobromide	113	glipizide-metformin hcl	58	gnp cough gels	102
galantamine hydrobromide er	113	global alcohol prep ease	60	gnp d 1000	143
GAMASTAN	25	GLUCO BURST	57	gnp diabetic support formula	143
GAMMAGARD	25	glucoten	143	gnp ear drops	171
GAMMAGARD S/D LESS IGA	25	GLUTOSE 5	57	gnp earwax removal drops	171
GAMMAKED	25	glycerin (adult)	78	gnp earwax removal kit	171
GAMMAPLEX	25	glycerin (infants & children)	78	gnp electrolyte solution	126
GAMUNEX-C	25	glycerin adult	78	gnp epsom salt	78
ganciclovir sodium	43	glycerin childrens	78	gnp essential one daily	143
GARDASIL 9	27	GLYCOLAX	78	gnp fiber-caps	78
gas relief	75	glycopyrrolate	75	gnp folic acid	143
gas relief drops infants	75	GLYDO	164	gnp gas relief	75
gas relief extra strength	75	GLYXAMBI	58	gnp gas relief extra strength	75
gas relief infants	75	gnp 8 hour arthritis relief	34	gnp gentle laxative	79
gas relief ultra strength	75	gnp 8 hour pain relief	34	gnp glycerin (adult)	79
GAS-X EXTRA STRENGTH	75	gnp 8 hour pain reliever	34	gnp glycerin child	79
GAS-X ULTRA STRENGTH	75	gnp acetaminophen	34	gnp hair/skin/nails	143
gatifloxacin	89	gnp acetaminophen ex st	34	gnp healthy eyes	143
GATTEX	75	gnp all day allergy	95	gnp healthy eyes supervision	143
gavilax	78	gnp all day allergy childrens	95	gnp ibuprofen childrens	30
GAVILYTE-C	78	gnp all day allergy-d	102	gnp ibuprofen infants	30
GAVILYTE-G	78	gnp allergy	96	gnp infant gas relief	75
GAVRETO	16	gnp allergy & congestion	102	gnp infants pain/fever	34
gemcitabine hcl	22	gnp allergy childrens	95	gnp iron	86
gemfibrozil	49	gnp allergy relief	96	gnp k-pec	73
GEMTESA	83	gnp allergy relief 24 hr	96	gnp laxative	79
genadek step 1	142	gnp allergy relief max st	96	gnp lice treatment	167
genadek step 2	142	gnp allergy/congestion relief	102	gnp lidocaine pain relief	169
generlac	78	gnp antacid & anti-gas	72	gnp little ones childrens	143
GENGRAF	26	gnp antacid regular strength	72	gnp loratadine	96
GENOTROPIN	67	gnp antibacterial urinary pain	41	gnp loratadine childrens	96
GENOTROPIN MINIQUICK	67	gnp anti-diarrheal	73	gnp lubricating plus eye drops	91
GENTAK	89	gnp anti-gas	75	gnp mega multi for men	143
gentamicin in saline	41	gnp anti-itch	169	gnp mega multi for women	143
gentamicin sulfate	41, 89, 165	gnp antiseptic skin cleanser	169	gnp melatonin	124
GENTEAL SEVERE	91	gnp arthritis pain relief	34	gnp melatonin maximum strength	124
GENTEAL TEARS	91	gnp artificial tears	91	gnp miconazole 3	82
GENTEAL TEARS MODERATE PF	91	gnp aspirin	34	gnp miconazole 7	82
GENTEAL TEARS PF	91	gnp aspirin low dose	34	gnp miconazorb af	163
GENTEAL TEARS SEVERE		gnp athletes foot	163	gnp milk of magnesia	79
DAY/NIGHT	91	gnp bacitracin zinc	165	gnp mucus er	102
gentle laxative	78	gnp biotin	143	gnp mucus relief	102
gentlelax	78	gnp calamine	169	gnp nasal decongestant	102
GENVOYA	39	gnp calcium	129	gnp nasal decongestant pe	102
GERBER GROW MIGHTY	142	gnp calcium 500 +d3	129	gnp nasal four spray	102
geri-dryl	95	gnp calcium citrate +d3	129	gnp nasal spray	102
geri-kot	78	gnp capsaicin	169	gnp nasal spray extra moist	102
geri-lanta	72	gnp century	143	gnp nasal spray fast acting	102
geri-lanta maximum strength	72	gnp century adults 50+ senior	143	gnp natural fiber	79
geri-mox	72	gnp century cardio health	143	gnp nicotine	121
geri-pectate	73	gnp century mature	143	gnp nicotine mini	121
gerivite complete	143	gnp century ultimate mens	143	gnp nicotine polacrilex	121
GILENYA	120	gnp century ultimate womens	143	gnp no drip nasal spray	102
GIOTRIF	16	gnp childrens allergy	96	gnp nose drops extra strength	102
glatiramer acetate	120	gnp childrens complete	143	gnp one daily maximum	143
GLATOPA	120	gnp childrens ibuprofen	29	gnp one daily mens health 50+	143
glimepiride	58	GNP CLEARLAX	78	gnp one daily mens/lycopene	143
glipizide	58	gnp clotrimazole 3	82	gnp one daily plus iron	143
glipizide er	58	gnp co q10	124	gnp one daily womens	143
glipizide xl	58	gnp cough dm er	102	gnp one daily womens 50+	143

gnp pain & fever childrens.....	34	goodsense epsom salt.....	79	HEMATOGEN	86
gnp pain & fever infants.....	34	goodsense ibuprofen childrens.....	30	HEMATOGEN FA.....	86
gnp pain relief.....	34	goodsense ibuprofen infants.....	30	HEMATOGEN FORTE	86
gnp pain relief extra strength.....	34	goodsense lubricating eye drop	91	HEMOCYTE PLUS	86
gnp pain relief nighttime.....	121	goodsense mucus er maximum str 103		HEMOCYTE-F	86
gnp pediatric electrolyte.....	126	goodsense nicotine	121	heparin (porcine) in nacl	84
gnp petroleum jelly.....	55	goodsense pain & fever child	34	heparin sod (porcine) in d5w	84
gnp pink bismuth.....	73	goodsense pain & fever infants	34	heparin sodium (porcine)	84
gnp prenatal.....	143	goodsense pain relief.....	34	HERCEPTIN	16
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr....	102	goodsense pain relief extra st.....	34	HERCEPTIN HYLECTA	16
gnp senna lax.....	79	goodsense senna laxative	79	HERZUMA	16
gnp senna plus.....	79	goodsense stimulant laxative	79	HETLIOZ	119
gnp stomach relief.....	73	goodsense stomach relief.....	73	HIBERIX	27
gnp stool softener.....	79	goodsense tussin cf.....	103	high pot multivitamin/beta-car	144
gnp stool softener ex st	79	goodsense ultra lubricant drop	91	high potency multivit/fa	144
gnp stool softener/laxative	79	granisetron hcl	74	high potency multivitamin	144
gnp suphedrin.....	102	grape flavor.....	55	HISTEX-AC	103
gnp terbinafine hydrochloride	163	griseofulvin microsize	40	hm acetaminophen childrens	34
gnp therapeutic-m.....	143	griseofulvin ultramicrosize	40	hm adult aspirin	34
gnp tolnaftate	163	guaiatussin ac	103	hm advanced antacid max st	72
gnp triple antibiotic	165	guaifenesin	103	hm all day allergy	96
gnp triple antibiotic plus	165	guaifenesin ac	103	hm all day allergy childrens	96
gnp tussin of cough & cold	102	guaifenesin-codeine	103	hm allergy & congestion	103
gnp tussin cough long acting.....	102	guaifenesin-dm	103	hm allergy complete-d	103
gnp tussin dm	102	guanfacine hcl	53	hm allergy relief	96
gnp tussin dm cough	102	guanfacine hcl er	123	hm allergy relief (cetirizine)	96
gnp tussin mucus & chest cong.....	103	GUMMI BEAR		hm allergy relief childrens	96
gnp vitamin a	143	MULTIVITAMIN/MIN	144	hm allergy relief/nasal decong	103
gnp vitamin b-1	143	GVOKE HYOPEN 2-PACK	57	hm animal shapes	144
gnp vitamin b-12	143	GVOKE KIT	57	hm antacid	72
gnp vitamin b-6	143	GVOKE PFS	57	hm antacid anti-gas ex st	72
gnp vitamin c	143, 144	H2Q	124	hm anti-diarrheal	73
gnp vitamin c drops	143	HAEGARDA	85	hm antioxidant vitamins	144
gnp vitamin c w/rose hips	144	HAILEY 1.5/30	63	hm antiseptic skin cleanser	169
gnp vitamin c/rose hips	144	HAILEY 24 FE	63	hm arthritis pain relief	34
gnp vitamin d	144	hair formula extra strength	144	hm aspirin	35
gnp vitamin d maximum strength ..	144	hair skin & nails advanced	144	hm aspirin ec	35
gnp vitamin d super strength	144	hair skin nails	144	hm aspirin ec low dose	35
gnp vitamin d3 extra strength	144	hair/skin/nails	144	hm bacitracin zinc	165
gnp vitamin d-400	144	hair/skin/nails/biotin	144	hm biotin	144
gnp vitamin e	144	HALLS DEFENSE VITAMIN C		hm calamine	169
gnp womens gentle laxative	79	DROPS	144	hm calcium citrate+d3 petite	129
gnp zinc oxide	169	halobetasol propionate	167	hm calcium citrate+vitamin d	129
GOLD BOND ULTIMATE HEALING	169	haloperidol	116	hm calcium-vitamin d	129
GOLYTELY	79	haloperidol decanoate	116	hm cetirizine hcl	96
GONAK	91	haloperidol lactate	116	HM CLEARLAX	79
goodsense all day allergy	96	HARVONI	43	hm complete	145
goodsense aller-ease	96	HAVRIX	27	hm complete 50+	144
goodsense allergy relief	96	healthy eyes	144	hm complete 50+ mens ultimate ..	144
goodsense antacid & gas relief	72	healthy eyes supervision 2	144	hm complete 50+ women ultimate ..	144
goodsense arthritis pain	34	healthy eyes/lutein	144	hm complete men	144
goodsense artificial tears	91	healthy eyes/lutein-zeaxanthin	144	hm complete women	145
goodsense aspirin	34	healthy hair/skin/nails	144	hm coq10	124
goodsense aspirin adults	34	healthy kids gummies	144	hm cough dm	103
goodsense aspirin low dose	34	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		hm dry eye relief	91
goodsense bisacodyl laxative	79	ACHE	34	hm enema	79
GOODSENSE CLEARLAX	79	HEALTHYLAX	79	hm fexofenadine hcl	96
goodsense cough dm	103	HEATHER	63	hm folic acid	145
goodsense cough dm childrens	103	h-e-b oral electrolyte	126	hm gas relief	75
		hematinic/folic acid	86	hm gas relief extra strength	75

hm gas relief infants drops	75	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS	immune support	145
hm gentle laxative	79	START	IMMUNERX	145
hm hair/skin/nails	145	HUMIRA PEN	IMOVAX RABIES	28
hm ibuprofen childrens	30	HUMIRA PEN-CD/UC/HS	INCASSIA	63
hm ibuprofen infants	30	STARTER	INCRELEX	67
hm laxative	79	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC	INCRUSE ELLIPTA	94
hm lice killing max st.	167	START	indapamide	53
hm lice treatment	167	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS	INFANRIX	28
hm lidocaine patch	169	START	INFANTS ADVIL	30
hm loratadine	96	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT	infants gas relief	75
hm loratadine childrens	96	STARTER	infants ibuprofen	30
hm lubricating plus	91	HUMULIN R U-500	infants simethicone	75
hm lubricating tears	91	(CONCENTRATED)	INFED	86
hm mens 50+ advanced one daily	145	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	infliximab	24
hm milk of magnesia	79	HYCODAN	INFUVITE ADULT	145
hm mucus relief	103	hydralazine hcl	INFUVITE PEDIATRIC	145
hm mucus relief max st	103	HYDRALYTE	INGREZZA	118
hm nasal decongestant	103	HYDRASYN25	INJECTAFER	87
hm nasal decongestant 12 hour	103	hydrochlorothiazide	INLYTA	17
hm nasal decongestant pe	103	hydrocod polst-cpm polst er	INQOVI	22
hm nasal spray	103	hydrocodone bitartrate er	INREBIC	17
hm niacin	145	hydrocodone bit-homatrop mbr	INTEGRA	87
hm niacin tr	145	hydrocodone-acetaminophen	INTEGRA F	87
hm nicotine	121	hydrocodone-ibuprofen	INTEGRA PLUS	87
hm nicotine polacrilex	121	hydrocortisone	INTELENCE	37
hm nose drops	103	hydrocortisone (perianal)	INTRALIPID	132
hm one daily mens	145	hydromet	INTRON A	26
hm one daily womens	145	hydromorphone hcl	INTROVALE	63
hm pain & fever childrens	35	hydrous emulsified base	INVEGA SUSTENNA	116
hm pain & fever infants	35	hydroxocobalamin acetate	IPOL	28
hm pain relief	35	hydroxychloroquine sulfate	ipratropium bromide	94
hm pain relief extra strength	35	hydroxyurea	ipratropium-albuterol	98
hm pain relieve child dye-free	35	hydroxyzine hcl	irbesartan	48
hm pain reliever	35	hydroxyzine pamoate	irbesartan-hydrochlorothiazide	52
hm pain reliever childrens	35	hylazinc	IRESSA	17
hm pain reliever infants	35	HYSINGLA ER	irinotecan hcl	22
hm pediatric electrolyte	126	ibandronate sodium	iron	87
hm petroleum jelly	55	IBRANCE	iron 27	87
hm povidone-iodine	169	IBU	iron chews pediatric	87
hm senna	79	ibuprofen	iron high-potency	87
hm sinus nasal spray	103	ibuprofen childrens	iron supplement	87
hm stomach relief	73	ibuprofen infants	IS-D 10,000	145
hm stool softener	79	ibuprofen junior strength	ISENTRESS	37
hm stool softener/laxative	79	ICAPS	ISENTRESS HD	37
hm super vitamin b complex/c	145	ICAPS AREDS FORMULA	ISIBLOOM	63
hm triple antibiotic	165	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	ISOLYTE-P IN D5W	124
hm triple antibiotic max st	165	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN	ISOLYTE-S	124
hm tussin adult	103	ICAPS MV	ISOLYTE-S PH 7.4	124
hm tussin adult dm	103	ICAR	isoniazid	38
hm tussin adult multi-symptom	103	icatibant acetate	ISOPTO ATROPINE	91
hm vitamin b-12	145	ICLEVIA	ISOPTO TEARS	91
hm vitamin b6	145	ICLUSIG	isosorbide dinitrate	54
hm vitamin c	145	IDHIFA	isosorbide mononitrate	54
hm vitamin c/rose hips	145	IFEREX 150	isosorbide mononitrate er	54
hm vitamin d	145	ILEVRO	isotretinoin	164
hm vitamin d3	145	imatinib mesylate	isradipine	51
hm vitamin e	145	IMBRUVICA	itch relief extra strength	169
hm womens 50+ advanced daily...	145	imipenem-cilastatin	itraconazole	40
HUMIRA	24	imipramine hcl	ivermectin	41
		imiquimod	i-vite	145

<i>i-vite protect</i>	145	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	145	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	17
IXIARO	28	<i>kp adults daily formula</i>	146	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	17
JAKAFI	17	<i>kp b complex-c</i>	146	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	17
JANTOVEN	84	<i>kp bisacodyl</i>	79	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	17
JANUMET	58	<i>kp calcium 600+d</i>	129	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	17
JANUMET XR	58	<i>kp calcium citrate+d</i>	129	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18
JANUVIA	58	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	129	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....	18
JARDIANCE	59	<i>kp ferrous gluconate</i>	87	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE)....	18
JASMIEL	63	<i>kp ferrous sulfate</i>	87	LESSINA.....	64
JENTADUETO	59	<i>kp folic acid</i>	146	<i>letrozole</i>	21
JENTADUETO XR	59	<i>kp melatonin</i>	124	<i>leucovorin calcium</i>	21
JINTELI	69	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	146	LEUKERAN.....	15
JOLESSA	63	<i>kp mens daily formula</i>	146	<i>leuprolide acetate</i>	21
JULEBER	63	<i>kp niacin</i>	146	<i>levalbuterol hcl</i>	94
JULUCA	39	<i>kp prenatal multivitamins</i>	146	<i>levalbuterol tartrate</i>	94
JUNEL 1.5/30	63	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	104	LEVEMIR.....	60
JUNEL 1/20	63	<i>kp senna</i>	79	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	60
JUNEL FE 1.5/30	63	KP VISION FORMULA.....	146	<i>levetiracetam</i>	111
JUNEL FE 1/20	63	KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	146	<i>levetiracetam er</i>	111
JUNEL FE 24	63	<i>kp vitamin b-12</i>	146	<i>levetiracetam in nacl</i>	111
just 4 kidz multivit/probiotic	145	<i>kp vitamin b-6</i>	146	<i>levobunolol hcl</i>	89
JUST D	145	<i>kp vitamin d</i>	146	<i>levocarnitine</i>	68
KACDYLA	17	<i>kp vitamin d3</i>	146	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	96
KAITLIB FE	63	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	146	<i>levofloxacin</i>	46
KALYDECO	99	<i>kp womens daily formula</i>	146	<i>levofloxacin in d5w</i>	46
KANJINTI	17	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		LEVONEST.....	64
KARIVA	63	ST	146	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	64
kcl in dextrose-nacl	124	KURVELO	63	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	64
KELNOR 1/35	63	KYNMOBI	108	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	64
KELNOR 1/50	63	<i>labetalol hcl</i>	50	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	64
KERADAN	169	<i>lacosamide</i>	111	LEVORA 0.15/30 (28).....	64
KERENDIA	48	<i>lactated ringers</i>	124	LEVO-T.....	56
KERR TRIPLE DYE SWABS	170	LACTINOL HX	170	<i>levothyroxine sodium</i>	56
KESIMPTA	120	<i>lactulose</i>	80	LEVOXYL.....	56
ketoconazole	40, 163, 166	<i>lactulose encephalopathy</i>	80	LEXIVA.....	37
KETO-DIASTIX	67	LAMISIL AT	163	<i>lice killing</i>	167
ketorolac tromethamine	90	<i>lamivudine</i>	37, 43	<i>lice killing maximum strength</i>	167
KEVZARA	24	<i>lamivudine-zidovudine</i>	39	<i>lice treatment creme rinse</i>	167
KEYTRUDA	17	<i>lamotrigine</i>	111	<i>lidocaine</i>	165
KINDERLYTE	126	<i>lamotrigine er</i>	111	<i>lidocaine hcl</i>	37, 165
KINDERLYTE PREMAX	126	<i>lansoprazole</i>	77	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	37
KINRIX	28	LANTUS	60	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	165
KISQALI (200 MG DOSE)	17	LANTUS SOLOSTAR	60	<i>lidocaine pain relief</i>	170
KISQALI (400 MG DOSE)	17	<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>lidocaine pain relieving</i>	170
KISQALI (600 MG DOSE)	17	LARIN 1.5/30	63	<i>lidocaine viscous hcl</i>	162
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE)	22	LARIN 1/20	63	<i>lidocaine-prilocaine</i>	165
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE)	22	LARIN 24 FE	63	LILLOW.....	64
KLOR-CON	125	LARIN FE 1.5/30	63	<i>linezolid</i>	41
KLOR-CON 10	125	LARIN FE 1/20	63	<i>linezolid in sodium chloride</i>	41
KLOR-CON M10	125	LARISSIA	63	LINZESS.....	75
KLOR-CON M15	125	<i>latanoprost</i>	88	<i>liothyronine sodium</i>	56
KLOR-CON M20	125	LATUDA	116, 117	<i>liquid acetaminophen</i>	35
KLS ALLERCLEAR D-24HR	104	<i>laxacin</i>	80	<i>liquid allergy relief</i>	96
KLS ALLER-TEC D	104	<i>laxative</i>	80	<i>liquid pain relief</i>	35
kobee	145	<i>laxative max str.</i>	80	<i>lisinopril</i>	54
konsyl daily fiber	79	LAYOLIS FE	64	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	52
KORLYM	67	<i>leader finger cream</i>	170	<i>lithium carbonate</i>	118
		LEENA	64	<i>lithium carbonate er</i>	118
		<i>leflunomide</i>	27	<i>l-methylfolate calcium</i>	146
		<i>lenalidomide</i>	23	<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	146

<i>I-methyl-mc</i>	146	<i>magnesium oxide</i>	72, 130	<i>metformin hcl er</i>	59
<i>I-methyl-mc nac</i>	146	<i>magnesium sulfate</i>	125	<i>methadone hcl</i>	32
LOESTRIN 1.5/30 (21)	64	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	125	METHADONE HCL INTENSOL	32
LOESTRIN 1/20 (21)	64	MAGNESIUM-OXIDE	130	<i>methazolamide</i>	53
LOESTRIN FE 1.5/30	64	MAGOX 400	130	<i>methenamine hippurate</i>	41
LOESTRIN FE 1/20	64	<i>malathion</i>	167	<i>methimazole</i>	56
<i>lohist-dm</i>	104	<i>manganese chloride</i>	130	<i>methocarbamol</i>	109
LOKELMA	57	<i>mapap</i>	35	<i>methotrexate sodium</i>	22, 27
LOMAIRA	121	<i>mapap arthritis pain</i>	35	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
LONSURF	22	MAPAP CHILDRENS	35	<i>methylphenidate hcl</i>	123
<i>loperamide hcl</i>	73, 75	<i>maraviroc</i>	37	<i>methylphenidate hcl er</i>	123
<i>lopinavir-ritonavir</i>	39	MAR-COF CG EXPECTORANT	104	<i>methylprednisolone</i>	70
<i>loradamed</i>	97	<i>marlissa</i>	64	<i>methylprednisolone acetate</i>	70
<i>loratadine</i>	97	MARPLAN	114	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	70
<i>loratadine childrens</i>	97	MATULANE	22	<i>metoclopramide hcl</i>	74
<i>loratadine-d 12hr</i>	104	MAVYRET	43	<i>metolazone</i>	53
<i>loratadine-d 24hr</i>	104	MAXIMUM D3	146	<i>metoprolol succinate er</i>	50
<i>lorazepam</i>	109	<i>maximum daily green</i>	146	<i>metoprolol tartrate</i>	50
LORAZEPAM INTENSOL	109	<i>maxi-tuss ac</i>	104	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	50
LORBRENA	18	<i>maxi-tuss cd</i>	104	<i>metronidazole</i>	41, 82, 170
LORYNA	64	<i>maxi-tuss g</i>	104	<i>metyrosine</i>	53
<i>losartan potassium</i>	48	<i>maxi-tuss gmx</i>	104	<i>mgo</i>	130
<i>losartan potassium-hctz</i>	52	<i>m-clear wc</i>	104	<i>micafungin sodium</i>	40
LOTEMAX	90	<i>m-dryl</i>	97	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	82
<i>lovastatin</i>	50	<i>meclizine hcl</i>	74	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	82
LOW-OGESTREL	64	<i>medi-first triple antibiotic</i>	165	<i>miconazole 7</i>	82
<i>loxapine succinate</i>	117	MEDPURA ZINC OXIDE	170	<i>miconazole antifungal</i>	163
<i>lubricant eye drops</i>	91	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	64, 70	<i>miconazole nitrate</i>	82, 163
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	91	<i>mefloquine hcl</i>	43	MICOTRIN AC	163
<i>lubricant eye drops pf</i>	91	MEGA MULTI MEN	146	MICOTRIN AP	163
<i>lubricating eye drops</i>	91	<i>mega vm-80</i>	146	<i>microderm base</i>	55
<i>lubricating plus eye drops</i>	91	<i>megavite fruits & veggies</i>	146	MICROGESTIN 1.5/30	64
<i>lubricating tears eye drops</i>	91	<i>megavite golden years 55+</i>	146	MICROGESTIN 1/20	64
LUMAKRAS	18	<i>megestrol acetate</i>	21, 70	MICROGESTIN 24 FE	64
LUMIGAN	89	MEKINIST	18	MICROGESTIN FE 1.5/30	64
LUMIZYME	68	MEKTOVI	18	MICROGESTIN FE 1/20	64
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	21	<i>melatonin</i>	55, 124	MICROSOME BASE	55
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	21	<i>melatonin maximum strength</i>	124	<i>midodrine hcl</i>	54
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	68	<i>meloxicam</i>	30	<i> miglustat</i>	68
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	68	<i>memantine hcl</i>	113	MILI	65
LUTERA	64	<i>memantine hcl er</i>	113	<i>milk of magnesia</i>	80
LYLEQ	64	MENACTRA	28	MILLTRIUM SENIOR	147
LYLLANA	69	MENQUADFI	28	MIMVEY	69
LYNPARZA	18	<i>mens 50+ advanced</i>	146	<i>minocycline hcl</i>	48
LYSIPLEX PLUS	146	<i>mens daily formula lycopene</i>	146	<i> minoxidil</i>	54
LYSODREN	21	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	146	MINTOX	72
LYZA	64	<i>mens multivitamin</i>	146	<i> mintox maximum strength</i>	72
MACULAR HEALTH FORMULA	146	MENVEO	28	MINTOX PLUS	72
MACUVITE	146	MEPHYTON	146	MIRALAX	80
MACUVITE EYE CARE	146	<i>mercaptopurine</i>	22	<i> mirtazapine</i>	114
MACUVITE/LUTEIN	146	MERIBIN	147	<i> misoprostol</i>	75
MAG64	129	<i>meropenem</i>	41	MITIGARE	37
<i>mag-al plus</i>	72	<i>mesalamine</i>	76, 77	M-M-R II	28
<i>mag-al plus xs</i>	72	<i>mesalamine er</i>	76	<i> m-natal plus</i>	125
MAGDELAY	129	<i>mesalamine-cleanser</i>	77	<i> moexipril hcl</i>	54
<i>magdelay</i>	129	MESNEX	21	<i> moisturizing cream</i>	170
<i>mag-g</i>	129	METADATE ER	123	<i> molindone hcl</i>	117
MAGNEBIND 300	129	METAFOLBIC	147	<i> mometasone furoate</i>	167
MAGNEBIND 400	129	METAFOLBIC PLUS	147	MONISTAT 3 COMBINATION PACK	82
<i>magnesium gluconate</i>	129	<i>metformin hcl</i>	59		

MONISTAT 3 COMBO PACK APP ..	82	<i>multivitamin adult (minerals)</i>	147	<i>naltrexone hcl</i>	121
MONISTAT 7 SIMPLY CURE	82	<i>multivitamin adult extra c</i>	147	<i>NAMZARIC</i>	113
MONJUVI	18	<i>multivitamin adults</i>	147	<i>NAPHCON-A</i>	88
MONOFERRIC	87	<i>multivitamin adults 50+</i>	147	<i>naproxen</i>	30
MONO-LINYAH	65	<i>multivitamin childrens (wl fa)</i>	148	<i>naproxen sodium</i>	30
montelukast sodium	100	<i>multi-vitamin daily</i>	148	<i>naratriptan hcl</i>	119
morpheine sulfate	31	<i>multi-vitamin gummies</i>	148	<i>nasal decongestant</i>	105
morpheine sulfate (concentrate)	31	<i>multivitamin gummies adult</i>	148	<i>nasal decongestant max st</i>	105
morpheine sulfate (pf)	31	<i>multivitamin gummies mens</i>	148	<i>nasal decongestant pe</i>	105
morpheine sulfate er	32	<i>multivitamin gummies womens</i>	148	<i>nasal decongestant pe max st</i>	105
MOVANTIK	75	<i>multivitamin men</i>	148	<i>nasal decongestant spray</i>	105
moxifloxacin hcl	46, 89	<i>multivitamin men 50+</i>	148	<i>nasal four</i>	105
m-pap	35	<i>multi-vitamin monocaps</i>	148	<i>nasal relief</i>	105
MTX SUPPORT	147	<i>multivitamin women</i>	148	<i>nasal spray 12 hour</i>	105
MUCINEX	104	<i>multivitamin women 50+</i>	148	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	105
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE	104	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	148	<i>nasal spray no drip</i>	105
MUCINEX DM	104	<i>multivitamin/extra vitamin d3</i>	148	<i>NASCOBAL</i>	149
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS	104	<i>multivitamin/fluoride</i>	148	<i>NATACYN</i>	89
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH104		<i>multi-vitamin/iron</i>	148	<i>nateglinide</i>	59
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL	104	<i>multi-vitamin/minerals</i>	148	<i>NATPARA</i>	70
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY	104	<i>multivitamin/zinc stress</i>	148	<i>natural c/rose hips</i>	149
<i>mucus & chest congestion</i>	104	<i>multivitamin-minerals</i>	148	<i>natural fiber laxative</i>	80
<i>mucus relief</i>	105	<i>multi-vitamins</i>	148	<i>natural senna laxative</i>	80
<i>mucus relief dm</i>	104	<i>multivitamins plus iron child</i>	148	<i>natural vitamin d-3</i>	149
<i>mucus relief er</i>	104	<i>multivitamins/minerals adult</i>	148	<i>NAYZILAM</i>	111
<i>mucus relief max st</i>	105	<i>multi-vite</i>	148	<i>nebivolol hcl</i>	50
MULTAQ	48	<i>multivit-min gummies childrens</i>	148	<i>NECON 0.5/35 (28)</i>	65
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	147	<i>mupirocin</i>	165	<i>nefazodone hcl</i>	114
<i>multi adult gummies</i>	147	<i>MURINE EAR</i>	171	<i>neomycin sulfate</i>	41
<i>multi completel/iron</i>	147	<i>MURO 128</i>	91, 92	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	90
<i>multi for her</i>	147	<i>MVASI</i>	18	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	89
<i>multi for her 50+</i>	147	MVW COMPLETE FORMULATION	149	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	90
MULTI FOR HIM	147	MVW COMPLETE FORMULATION	149	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	89, 93
<i>multi for him 50+</i>	147	<i>D3000</i>	148	<i>neovite</i>	149
<i>multi vitamin</i>	147	MVW COMPLETE FORMULATION	148	<i>NEPHPLEX RX</i>	149
<i>multi vitamin daily</i>	147	<i>D5000</i>	148	<i>NEPHRON FA</i>	87
<i>multi vitamin w/d-3</i>	147	MVW COMPLETE FORMULATION	149	<i>NEPHRO-VITE</i>	149
<i>multi vitamin/minerals</i>	147	<i>MINIS</i>	149	<i>NEPHRO-VITE RX</i>	149
MULTI-BETIC DIABETES	147	<i>myamulti</i>	149	<i>NERLYNX</i>	18
<i>multi-day</i>	147	<i>mycophenolate mofetil</i>	26	<i>neti pot sinus wash</i>	99
<i>multi-day plus iron</i>	147	<i>mycophenolate sodium</i>	26	<i>NEUPRO</i>	108
<i>multi-day plus minerals</i>	147	<i>MYCOZYL AC</i>	163	<i>NEUTROGENA HAND</i>	170
MULTIGEN	87	<i>MYCOZYL AP</i>	163	<i>nevirapine</i>	37
MULTIGEN PLUS	87	<i>myferon 150</i>	87	<i>NEXAVAR</i>	18
<i>multilex</i>	147	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.72	87	<i>niacin</i>	149
<i>multilex-t</i>	147	MYLICON INFANTS GAS RELIEF	76	<i>niacin er</i>	149
<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	147	<i>mynephrocaps</i>	149	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	49
<i>multiple vitamin</i>	147	<i>MYNEPHRON</i>	149	<i>niacinamide</i>	149
<i>multiple vitamins</i>	147	<i>MYORISAN</i>	164	<i>nicardipine hcl</i>	51
<i>multiple vitamins/iron</i>	147	<i>MYRBETRIQ</i>	83	<i>NICODERM CQ</i>	121
<i>multipro</i>	147	<i>my-vitalife</i>	149	<i>NICOMIDE</i>	149
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	147	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	87	<i>NICORETTE</i>	121
<i>multivitamin</i>	148	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	80	<i>NICORETTE MINI</i>	121
<i>multi-vitamin</i>	148	<i>nabumetone</i>	30	<i>NICORETTE STARTER KIT</i>	121
<i>multivitamin & mineral</i>	147	<i>nadolol</i>	50	<i>nicotinamide</i>	149
<i>multivitamin adult</i>	147	<i>nafcillin sodium</i>	47	<i>nicotine</i>	122
		<i>NAGLAZYME</i>	68	<i>nicotine mini</i>	121
		<i>nalbuphine hcl</i>	31	<i>nicotine polacrilex</i>	121, 122
		<i>naloxone hcl</i>	121	<i>nicotine polacrilex mini</i>	121

nicotine step 1	122	NOVOLIN R FLEXPEN	61	ondansetron	74
nicotine step 2	122	NOVOLOG	61	ondansetron hcl	74
nicotine step 3	122	NOVOLOG FLEXPEN	61	ONE A DAY MENS VITACRAVES	150
NICOTROL	122	NOVOLOG MIX 70/30	61	one daily adults 50+	150
NICOTROL NS	122	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	61	one daily calcium/iron	150
nifedipine er	51	NOVOLOG PENFILL	61	one daily complete	150
nifedipine er osmotic release	51	NOXAFL	40	ONE DAILY ESSENTIAL	150
NIFEREX	87	NUBEQA	21	one daily for men 50+ advanced	150
NIKKI	65	NUEDEXTA	118	one daily for men/lycopene	150
nilutamide	21	NUFERA	87	one daily for women	150
nimodipine	51	NU-IRON	87	one daily for women 50+ adv	150
NINJACOF-XG	105	NULOJIX	26	one daily healthy weight adv	150
NINLARO	18	NU-MAG	130	one daily maximum	150
nitazoxanide	41	NUPLAZID	117	one daily mens 50+ multivit	150
nitisinone	68	NURTEC	119	one daily mens health	150
NITRO-BID	54	NUTRADERM	170	one daily multivitamin adult	150
nitrofurantoin macrocrystal	41	NUTRILIPID	132	one daily multivitamin/iron	150
nitrofurantoin monohyd macro	42	NUZYRA	48	one daily womens 50 plus	150
nitroglycerin	55	NYAMYC	163	one daily womens 50+	150
NIVA-FOL	149	NYLIA 1/35	65	one daily/minerals	150
NIVEA	170	NYLIA 7/7/7	65	ONE-A-DAY ENERGY	150
NIVEA SOFT	170	NYMALIZE	51	ONE-A-DAY ESSENTIAL	150
NIX CREME RINSE	167	NYMYO	65	ONE-A-DAY FOR HER	
nizatidine	71	nystatin	40, 162, 163	VITACRAVES	150
no drip nasal spray	105	NYSTOP	163	ONE-A-DAY FOR HIM	
no iron mult vitamin-minerals	149	OCELLA	65	VITACRAVES	150
nohist-dm	105	OCTAGAM	26	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER	150
non-aspirin	35	octreotide acetate	68	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
non-aspirin extra strength	35	ocular vitamins	149	FORMULA	150
NORA-BE	65	ocutabs	149	ONE-A-DAY MENS	150
norethin ace-eth estrad-fe	65	ocutabs-lutein	149	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)	150
norethindrone	65	OCUVITE ADULT 50+	149	ONE-A-DAY MENS 50+	
norethindrone acetate	70	OCUVITE ADULT FORMULA	149	ADVANTAGE	150
norethindrone acet-ethinyl est	65	OCUVITE EXTRA	149	ONE-A-DAY MENS HEALTH	
norethindrone-eth estradiol	69	OCUVITE EYE + MULTI	149	FORMULA	150
norethin-eth estradiol-fe	65	OCUVITE EYE HEATLH		ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	151
norgestimate-eth estradiol	65	GUMMIES	149	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	151
norgestim-eth estrad triphasic	65	OCUVITE-LUTEIN	149	ONE-A-DAY SCOOBY-DOO	
NORLYROC	65	ODEFSEY	39	GUMMIES	151
NORPACE CR	49	ODOMZO	18	ONE-A-DAY TEEN	
NORTEMP	35	OFEV	99	ADVANTAGE/HER	151
nortemp infants	35	ofloxacin	90, 93	ONE-A-DAY TEEN	
NORTREL 0.5/35 (28)	65	OGIVRI	18	ADVANTAGE/HIM	151
NORTREL 1/35 (21)	65	olanzapine	117	ONE-A-DAY VITACRAVES	151
NORTREL 1/35 (28)	65	olmesartan medoxomil	48	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	
NORTREL 7/7/7	65	olmesartan medoxomil-hctz	52	151
nortriptyline hcl	115	olmesartan-amlodipine-hctz	52	ONE-A-DAY VITACRAVES	
NORVIR	38	olopatadine hcl	88	IMMUNITY	151
norwegian cod liver oil	149	omeprazole	77	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	151
NOVAFERRUM	87	omnicap	150	ONE-A-DAY	
NOVAFERRUM 50	87	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)	61	VITACRAVES+OMEGA-3	151
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON	149	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	61	ONE-A-DAY WEIGHT SMART	
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS	87	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3)	61	ADVANCE	151
NOVOLIN 70/30	60	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	61	ONE-A-DAY WOMENS	151
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	60	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	61	ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS	151
NOVOLIN N	60	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	61	ONE-A-DAY WOMENS 50+	
NOVOLIN N FLEXPEN	60	once daily	150	ADVANTAGE	151
NOVOLIN R	61	once daily/iron	150	ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY	
		ONCOVITE	150	SKIN	151

ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY	151	oyster shell calcium/vitamin d	130	perindopril erbumine	54
ONE-A-DAY WOMENS PETITES	151	OYSTERCAL	130	PERIOGARD	162
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES	151	OYSTERCAL-D	130	PERIOMED	162
one-daily multi caps	151	OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	59	permethrin	167
one-daily multi vitamins	151	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	59	perphenazine	117
one-daily multi-vit/mineral	151	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	59	PERSERIS	117
one-daily multi-vitamin	151	PACERONE	49	petrolatum	55
one-daily multi-vitamin/iron	151	paclitaxel	23	PFBC	55
one-daily/iron	151	paclitaxel protein-bound part	23	PFIZERPEN	47
ONELAX	80	pain & fever childrens	35	pharbechlor	97
ONTRUZANT	18	pain & fever infants	35	pharbedryl	97
ONUREG	22	pain relief extra strength	35	PHARBETOL	35
OPCON-A	88	pain relief regular strength	35	PHARBETOL EXTRA STRENGTH	35
OPSUMIT	54	paliperidone er	117	PHARMABASE ANTIOXIDANT	55
optic-vites	151	pamidronate disodium	70	PHARMABASE COSMETIC	55
OPTIFAST POST BARIATRIC	151	pan-c 500/bioflavonoids	152	PHARMABASE COSMETIC	55
OPTIMAL D3	151	PANRETIN	170	NATURAL	55
optimum pms	152	pantoprazole sodium	77	PHARMABASE LIGHT	55
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG	152	PANZYGA	26	PHARMABASE VAGINAL	55
OPTIVITE P.M.T	152	PARAPLATIN	15	pharmacist choice d-vitamin	152
OPURITY BYPASS OPTIMIZED	152	paricalcitol	57	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	76
oral electrolytes	126	paromomycin sulfate	42	phendimetrazine tartrate	122
oral suspend	55	paroxetine hcl	115	phendimetrazine tartrate er	122
ORALYTE	126	parvlex	152	phenelzine sulfate	115
ORALYTE FREEZER POPS	126	PASER	38	phenobarbital	111
ORA-PLUS	55	pc pediatric poly-vita/fe drop	152	phenobarbital sodium	111
ORASEP	162	PCCA BASE 7542	55	phentermine hcl	122
ORGOVYX	21	PCCA EMOLlient CREAM BASE	55	phenylephrine hcl	105
ORKAMBI	99	ped electrolyte freeze pops	126	PHENYTEK	111
OS-CAL	130	ped electrolyte freezer pops	126	phenytoin	111
OS-CAL CALCIUM + D3	130	PEDIA VANCE	126	phenytoin sodium	111
OS-CAL EXTRA D3	130	PEDIA-LAX	80	phenytoin sodium extended	111
oseltamivir phosphate	43	PEDIALYTE	127	PHESGO	18
OTEZLA	24	PEDIALYTE ADVANCED CARE	126	PHILITH	65
oxacillin sodium	47	PEDIALYTE FREEZER POPS	126	PHYTOBASE	55
oxaliplatin	15	PEDIALYTE SINGLES	127	PHYTOMULTI	152
oxandrolone	58	PEDIARIX	28	phytonadione	152
oxcarbazepine	111	pediatric electrolyte	127	PICODERM	55
oxybutynin chloride	83	pediatric electrolyte-zinc	127	PIFELTRO	38
oxybutynin chloride er	83	PEDVAX HIB	28	pilocarpine hcl	89, 162
oxycodone hcl	31	peg 3350	80	pimozide	117
oxycodone-acetaminophen	31	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	80	PIMTREA	65
OXYCONTIN	32	peg-3350/electrolytes	80	pin-away	42
OYSCO 500	130	PEGASYS	43	pindolol	50
OYSCO 500+D	130	PEMAZYRE	18	pinworm medicine	42
oyster calcium	130	pemetrexed disodium	22	pioglitazone hcl	59
oyster shell calcium	130	penicillamine	57	piperacillin sod-tazobactam so	47
oyster shell calcium + d	130	penicillin g pot in dextrose	47	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	18
oyster shell calcium + d3	130	penicillin g potassium	47	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	18
oyster shell calcium 250+d	130	penicillin g procaine	47	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	18
oyster shell calcium 500 + d	130	penicillin g sodium	47	pirfenidone	99
oyster shell calcium 500+d	130	penicillin v potassium	47	PIRMELLA 1/35	65
oyster shell calcium plus d	130	PEN-KERA	170	piroxicam	30
oyster shell calcium w/d	130	PENTACEL	28	plain niacin	152
oyster shell calcium/d	130	pentamidine isethionate	42	PLASMA-LYTE 148	125
oyster shell calcium/d3	130	pentoxifylline er	85	PLASMA-LYTE A	125
oyster shell calcium/vit d3	130	PENTRAVAN	170	PLENAMINE	132
		PENTRAVAN PLUS	170	PLENU	80
		PERIDIN-C	152	pna-hrt base	55
				podoiflox	170

<i>poly vitamin</i>	152	PROCERV HP	152	<i>px calcium</i>	131
<i>polyethylene glycol 3350</i>	55, 80	<i>prochlorperazine</i>	74	<i>px childrens allergy</i>	97
POLY-IRON 150	87	<i>prochlorperazine edisylate</i>	74	<i>px childrens pain relief</i>	35
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	90	<i>prochlorperazine maleate</i>	74	<i>px childrens profen ib</i>	30
<i>polysaccharide iron complex</i>	87	PROCIT	85	PX CHILDRENS VITAMIN	153
<i>polysaccharide-iron complex</i>	87	PROCTO-MED HC	170	<i>px complete senior multivits</i>	153
<i>poly-tussin ac</i>	105	PROCTO-PAK	170	<i>px docusate sodium</i>	80
<i>polyvinyl alcohol</i>	92	PROCTOSOL HC	170	<i>px fiber</i>	80
<i>poly-vital/iron</i>	152	PROCTOZONE-HC	170	<i>px folic acid</i>	153
<i>polyvitamin/iron</i>	152	<i>profola</i>	152	<i>px gas relief extra strength</i>	76
POMALYST	23	PROGRAF	27	<i>px gas relief infants</i>	76
PORTIA-28	65	PROLASTIN-C	99	<i>px gas relief ultra strength</i>	76
<i>posaconazole</i>	40	PROLENSA	90	<i>px ibuprofen junior strength</i>	30
<i>potassium chloride</i>	125, 126	PROLIA	70	<i>px infants profen ib</i>	30
<i>potassium chloride crys er</i>	126	PROMACTA	85	<i>px laxative</i>	80
<i>potassium chloride er</i>	126	<i>promethazine hcl</i>	74	<i>px mens multivitamins</i>	153
<i>potassium chloride in dextrose</i>	125	<i>promethazine vc/codeine</i>	105	<i>px miconazole 3-day combo</i>	82
<i>potassium chloride in nacl</i>	125	<i>promethazine-codeine</i>	105	<i>px milk of magnesia</i>	80
<i>potassium citrate er</i>	83	<i>promethazine-dm</i>	105	<i>px nasal decongestant</i>	105
<i>povidone-iodine</i>	170	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	105	<i>px pain relief extra strength</i>	35
PRALUENT	49	<i>propafenone hcl</i>	49	<i>px stomach relief</i>	73
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	108	<i>propafenone hcl er</i>	49	<i>px stop smoking aid</i>	122
<i>prasugrel hcl</i>	88	<i>proparacaine hcl</i>	92	<i>px triple</i>	165
<i>pravastatin sodium</i>	50	<i>propranolol hcl</i>	50	<i>px vitamin c</i>	153
<i>praziquantel</i>	42	<i>propranolol hcl er</i>	50	<i>px vitamin e</i>	153
<i>prazosin hcl</i>	50	<i>propylthiouracil</i>	56	<i>pyrazinamide</i>	39
<i>prednisolone</i>	70	PROQUAD	28	<i>pyridostigmine bromide</i>	118
<i>prednisolone acetate</i>	90	PRORENAL + D	152	<i>pyridoxine hcl</i>	153
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	70, 90	PRORENAL + D W/ OMEGA-3	152	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	36
<i>prednisone</i>	70	PROSIGHT	152, 153	<i>qc all day allergy</i>	97
PREDNISONE INTENSOL	70	PROSOL	132	<i>qc allergy childrens</i>	97
<i>preferred plus insulin syringe</i>	61	PROTECT CARDIO AF	153	<i>qc allergy relief</i>	97
<i>pregabalin</i>	111, 112	PROTECT PLUS SO	153	<i>qc antacid</i>	72
<i>prehevbrio</i>	28	PROTEGRA	153	<i>qc antacid/anti-gas</i>	72
PREMASOL	132	<i>protriptyline hcl</i>	115	<i>qc anti-diarrheal</i>	73
<i>prenatal</i>	126, 152	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	105	<i>qc anti-gas</i>	76
<i>prenatal 19</i>	152	<i>pseudoephedrine hcl</i>	105	<i>qc anti-itch extra strength</i>	170
<i>prenatal one daily</i>	152	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	105	<i>qc arthritis pain relief</i>	36
<i>prenatal vitamin</i>	152	<i>psyllium fiber</i>	80	<i>qc artificial tears</i>	92
<i>prenatal vitamin and mineral</i>	152	PULMICORT FLEXHALER	100	<i>qc aspirin</i>	36
<i>prenatal vitamin plus low iron</i>	126	PULMOZYME	99	<i>qc aspirin low dose</i>	36
<i>prenatal vitamins</i>	152	<i>pure c 500</i>	153	<i>qc bacitracin</i>	165
<i>prenatal/iron</i>	152	<i>pure calcium carbonate</i>	131	<i>qc calamine</i>	170
PRESERVISION AREDS	152	<i>purevit dualfe plus</i>	87	<i>qc calcium fast dissolution</i>	131
PRESERVISION AREDS 2	152	PUREWAY-C	153	<i>qc cetirizine allergy relief</i>	97
PRESERVISION/LUTEIN	152	PURIXAN	22	<i>qc childrens allergy</i>	97
PRETTY FEET/HANDS	170	<i>px advanced formula multivits</i>	153	<i>qc childrens complete</i>	153
PREVALITE	49	<i>px allergy</i>	97	<i>qc childrens ibuprofen</i>	30
<i>prevent</i>	152	<i>px allergy relief cetirizine</i>	97	<i>qc chlor-pheniramine</i>	97
PREVYMIS	43	<i>px allergy relief d</i>	105	<i>qc complete allergy medicine</i>	97
PREZCOBIX	39	<i>px allergy relief d (loratad)</i>	105	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	153
PREZISTA	38	<i>px allergy relief loratadine</i>	97	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	153
PRIFTIN	38	<i>px antacid maximum strength</i>	72	<i>qc diarrhea relief</i>	73
<i>primaquine phosphate</i>	43	<i>px antacid regular strength</i>	72	<i>qc enema</i>	80
<i>primidone</i>	112	<i>px arthritis pain relief</i>	35	<i>qc enteric aspirin</i>	36
PRIORIX	28	<i>px artificial tears</i>	92	<i>qc epsom salt</i>	80
PRIVIGEN	26	<i>px aspirin</i>	35	<i>qc ferrous sulfate</i>	87
<i>probencid</i>	37	<i>px athletic foot</i>	163	<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	97
PRO-CAL	152	<i>px b complex/vitamin c</i>	153	<i>qc fiber laxative</i>	80
PROCALAMINE	132	<i>px calamine</i>	170	<i>qc gas relief extra strength</i>	76

qc gentle laxative	80	ra central-vite womens mature	153	RELENZA DISKHALER	43
qc loratadine allergy relief	97	ra coenzyme q-10	124	RELI-ON INSULIN SYRINGE	61
qc loratadine-d	105	ra folic acid	153	RELISTOR	76
qc melatonin max st	124	RA HI CAL	131	REMEDY ANTIFUNGAL	163
qc mens daily multivitamin	153	ra iron	87	REMEDY PHYTOPLEX	
qc miconazole 7	82	ra natural magnesium	131	ANTIFUNGAL	163
qc milk of magnesia	80	ra niacin	153	REMICADE	24
qc mucus relief	106	ra no flush niacin	154	RENAL	154
qc mucus relief childrens	106	ra one daily energy formula	154	RENAL MULTIVITAMIN	
qc mucus relief er	106	ra one daily essential	154	FORMULA	154
qc mucus relief max st	106	ra one daily maximum	154	renal vitamin	154
qc multi-vite	153	ra one daily mens 50+ w/vit d3	154	renal-vite	154
qc multi-vite 50 & over	153	ra one daily mens/vit d-3	154	RENAPLEX	154
qc natural vegetable	80	ra one daily womens	154	RENAPLEX-D	154
qc natura-lax	80	ra ped electrolyte freezer pop	127	rena-vite	154
qc nicotine transdermal system	122	ra pediatric electrolyte	127	rena-vite rx	154
qc non-aspirin childrens	36	ra vitamin a	154	RENFLEXIS	25
qc non-aspirin extra strength	36	ra vitamin b-1	154	reno caps	154
qc pain relief	36	ra vitamin b12	154	repaglinide	59
qc pain relief childrens	36	ra vitamin b-12	154	REQ 49+	154
qc pain relief extra strength	36	ra vitamin b-12 tr	154	RESTASIS	92
qc pink bismuth	73	ra vitamin b-6	154	RESTASIS MULTIDOSE	92
qc povidone iodine	170	ra vitamin c	154	RESTORA RX	73
qc prenatal	153	ra vitamin c cr	154	RETEVMO	18
qc stool softener	80	ra vitamin c/rose hips	154	REVLIMID	23
qc stool softener pls laxative	81	ra vitamin d-3	154	REXULTI	117
qc suphedrine maximum strength	106	ra vitamins complete childrens	154	REYATAZ	38
qc therin-m	153	ra zinc	131	REZUROCK	27
qc tolnaftate	163	RABAVERT	28	RHOPRESSA	89
qc triple antibiotic max st	165	rabeprazole sodium	77	ribavirin	43, 44
qc tussin cf	106	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		RID LICE KILLING SHAMPOO	167
qc tussin dm cough/congestion	106	D3	154	rifabutin	39
qc tussin mucus/congestion	106	raloxifene hcl	68	rifampin	39
qc womens daily multivitamin	153	ramipril	54	riluzole	118
q-derm	56	ranolazine er	54	rimantadine hcl	44
Q-GEL FORTE	124	rasagiline mesylate	108	RINVOQ	25
Q-GEL MEGA	124	RAYALDEE	57	RISABAL-PH	170
QINLOCK	18	RECLIPSEN	65	RISAMINE	170
Q-SORB CO Q-10	124	RECOMBIVAX HB	28	risedronate sodium	71
QSYMIA	122	RECTIV	170	risperidone	117
QUADRACEL	28	reeses pinworm medicine	42	ritonavir	38
quetiapine fumarate	117	REFRESH	92	rivastigmine	113
quetiapine fumarate er	117	REFRESH CELLUVISC	92	rivastigmine tartrate	113
quin b strong	153	REFRESH DIGITAL	92	RIVELSA	65
quinapril hcl	54	REFRESH DIGITAL PF	92	rizatriptan benzoate	119
quinapril-hydrochlorothiazide	52	REFRESH LIQUIGEL	92	robafen cf multi-symptom cold	106
quinidine sulfate	49	REFRESH OPTIVE	92	ROBAFEN DM CGH/CHEST	
quinine sulfate	43	REFRESH OPTIVE ADVANCED	92	CONGEST	106
quintabs	153	REFRESH OPTIVE ADVANCED	92	ROBAFEN DM COUGH	106
quintabs-m	153	PF	92	ROBAFEN MUCUS/CHEST	
ra balanced b-100	153	REFRESH OPTIVE MEGA-3	92	CONGESTION	106
ra balanced b-50	153	REFRESH OPTIVE PF	92	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH	106
ra b-complex	153	REFRESH PLUS	92	ropinirole hcl	108
ra b-complex with b-12	153	REFRESH RELIEVA	92	ROSADAN	170
ra calcium 600	131	REFRESH RELIEVA PF	92	rosuvastatin calcium	50
ra calcium 600/vitamin d-3	131	REFRESH TEARS	92	ROTARIX	28
ra calcium cit plus vit d-3	131	REGRANEX	164	ROTATEQ	28
ra calcium cit-vit d-3 petites	131	REGULOID	81	ROWEEPRA	112
ra calcium plus vitamin d	131	REHYDRALYTE	127	ROZLYTREK	18
RA CENTRAL-VITE	153	rejuvacare plus	56	RUBRACA	18

rufinamide	112	simethicone ultra strength	76	sm calcium citrate+vit d3 max	131
RUKOBIA.....	38	SIMLIYA.....	65	sm calcium/vitamin d	131
RYBELSUS.....	59	SIMPESSE.....	65	sm calcium-vitamin d	131
RYDAPT.....	18	simvastatin	50	sm chewable vitamin c	155
rynex pse.....	106	sinus 12 hour.....	106	sm childrens ibuprofen	30
SAJAZIR.....	85	sinus congestion max strength	106	sm childrens loratadine	97
SALTSTABLE LO	56	sinus nasal spray	106	SM CLEARLAX	81
SANDIMMUNE	27	sinus relief extra strength	106	sm clotrimazole vaginal	83
SANTYL.....	164	sirolimus	27	sm co q-10	124
sapropterin dihydrochloride	68	SIRTURO	39	sm coenzyme q-10	124
SAVISION.....	154	SIVEXTRO	42	sm complete	155
sb calcium + d	131	SKYRIZI	25	sm complete 50+	155
sb lice killing max st	168	SKYRIZI PEN	25	sm complete 50+ ultimate mens	155
sb oyster shell calcium	131	SLOW FE	87	sm complete 50+ ultimate women	155
sb vitamin c	154	slow iron	87	sm complete advanced formula	155
scar care	56	slow release iron	87	sm complete senior formula	155
SCEMBLIX.....	19	SLOW-MAG	131	sm cough dm	106
scopolamine	74	sm 3-day vaginal	82	sm cough dm childrens	106
SECUADO	117	sm 8 hour pain relief	36	sm dry eye relief	92
selegiline hcl	108	sm all day allergy	97	sm ear drops	171
selenious acid	132	sm all day allergy childrens	97	sm enema	81
.selenium sulfide	166	sm all day allergy-d	106	sm epsom salt	81
SELZENTRY	38	sm allergy 4 hour	97	sm fexofenadine hcl	97
senexon	81	sm allergy childrens	97	sm fiber	81
SENEXON-S	81	sm allergy relief	97	sm folic acid	155
senior tabs	154	sm animal shapes complete	155	sm gas relief	76
senna	81	sm animal shapes kids first	155	sm gas relief antiflatuent	76
senna laxative	81	sm antacid	73	sm gas relief extra strength	76
senna plus	81	sm antacid advanced	73	sm gas relief infants	76
senna s	81	sm antacid advanced max st	72	sm gentle laxative	81
senna-lax	81	sm antacid maximum strength	73	sm hair/skin/nails	155
senna-plus	81	sm antacid/antigas	73	sm ibuprofen ib	30
senna-s	81	sm antibiotic	165	sm ibuprofen ib childrens	30
senna-tabs	81	sm anti-diarrheal	73, 74	sm infants ibuprofen	30
senna-time	81	sm antifungal clotrimazole	163	sm iron	88
senna-time s	81	sm antifungal miconazole	163	sm iron slow release	88
sennosides-docusate sodium	81	sm antifungal tolnaftate	163	sm lice killing max strength	168
SENOKOT	81	sm anti-itch extra strength	170	sm lice treatment	168
SENOKOT S	81	sm antioxidant vitamins	155	sm loratadine	97
sentry	155	sm antiseptic skin cleanser	170	sm loratadine allergy relief	97
sentry senior	155	sm arthritis pain relief	36	sm lorata-dine d	106
SEREVENT DISKUS	94	sm arthritis pain reliever	36	sm loratadine d 12hr	106
sertraline hcl	115	sm aspirin	36	sm lubricant eye drops	92
se-tan plus	87	sm aspirin adult low strength	36	sm lubricating plus	92
SETLAKIN	65	sm aspirin ec	36	sm lubricating tears	92
sevelamer carbonate	56	sm aspirin low dose	36	sm miconazole 3	83
SHAROBEL	65	sm athletes foot	163	sm miconazole 3 applicator	83
SHINGRIX	28	sm b super vitamin complex	155	sm miconazole 7	83
SIDEROL	155	sm b100 complex	155	sm milk of magnesia	81
SIGNIFOR	68	sm b-complex	155	sm mucus relief	107
silace	81	sm b-complex/vitamin c	155	sm mucus relief max strength	107
siladryl allergy	97	sm benzoin tincture	171	sm multiple vitamins essential	155
sildenafil citrate	54	sm biotin	155	sm multiple vitamins/iron	155
siltussin dm das	106	sm calamine	171	sm nasal decongestant	107
siltussin sa	106	sm calamine phenolated	171	sm nasal decongestant max st	107
siltussin-dm alcohol free	106	sm calcium 500/vitamin d3	131	sm nasal decongestant pe	107
silver sulfadiazine	165	sm calcium 600/vitamin d	131	sm nasal spray	107
SIMBRINZA	89	sm calcium citrate w/vit d3	131	sm nasal spray 12 hour	107
simethicone	76	sm calcium citrate+vit d3	131	sm nasal spray moisturizing	107
simethicone drops infants	76	sm calcium citrate+d3 petite	131	sm nasal spray sinus	107

<i>sm niacin cr</i>	155	<i>sorafenib tosylate</i>	19	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	156
<i>sm nicotine</i>	122	<i>SORBOLENE</i>	171	<i>super biotin</i>	156
<i>sm nicotine polacrilex</i>	122	<i>SORINE</i>	49	<i>super calcium</i>	131
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	107	<i>sotalol hcl</i>	49	<i>super calcium 600 + d 400</i>	131
<i>sm one daily mens</i>	155	<i>sotalol hcl (af)</i>	49	<i>super calcium 600 + d3</i>	131
<i>sm one daily womens</i>	155	<i>span c</i>	156	<i>super multiple</i>	156
<i>sm opti-vitamins</i>	155	<i>SPECTRAVITE</i>	156	<i>SUPER NU-THERA</i>	156
<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	131	<i>spironolactone</i>	48	<i>SUPER QINTS B-50</i>	156
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	131	<i>spironolactone-hctz</i>	53	<i>super thera vite m</i>	156
<i>sm pain & fever childrens</i>	36	<i>SPRINTEC 28</i>	65	<i>super vita-mins</i>	156
<i>sm pain & fever infants</i>	36	<i>SPRITAM</i>	112	<i>superplex-t</i>	156
<i>sm pain relief</i>	36	<i>SPRYCEL</i>	19	<i>suphedrine 12hour</i>	107
<i>sm pain reliever</i>	36	<i>SPS</i>	57	<i>support</i>	156
<i>sm pain reliever childrens</i>	36	<i>SRONYX</i>	66	<i>SUPPORT-500</i>	156
<i>sm pain reliever ex st</i>	36	<i>SSD</i>	165	<i>SUPREP BOWEL PREP KIT</i>	82
<i>sm pediatric electrolyte</i>	127	<i>stavudine</i>	38	<i>sv vitamin b-12 er</i>	157
<i>sm povidone-iodine</i>	171	<i>sterile water for irrigation</i>	164	<i>SYEDA</i>	66
<i>sm senna laxative</i>	81	<i>stimulant laxative</i>	81	<i>SYMBICORT</i>	98
<i>sm senna-s</i>	81	<i>STIVARGA</i>	19	<i>SYMDEKO</i>	99
<i>sm slow release iron</i>	88	<i>stomach relief</i>	74	<i>SYMJEPI</i>	99
<i>sm stomach relief</i>	74	<i>stool softener</i>	82	<i>SYMPAZAN</i>	112
<i>sm stool softener</i>	81	<i>stool softener laxative</i>	81	<i>SYMTUZA</i>	39
<i>sm stool softener/laxative</i>	81	<i>stool softener plus laxative</i>	82	<i>SYNAREL</i>	68
<i>sm super b complex/c</i>	155	<i>stool softener/laxative</i>	82	<i>SYNERCID</i>	42
<i>sm triple antibiotic</i>	165	<i>streptomycin sulfate</i>	42	<i>SYNJARDY</i>	59
<i>sm triple antibiotic max st</i>	165	<i>stress formula</i>	156	<i>SYNJARDY XR</i>	59
<i>sm triple antibiotic original</i>	165	<i>stress formula (folic acid)</i>	156	<i>SYNRIBO</i>	22
<i>sm tussin cf</i>	107	<i>stress formula/iron</i>	156	<i>SYNTROID</i>	57
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	107	<i>STRESSTABS ADVANCED</i>	156	<i>SYRSPEND SF</i>	56
<i>sm tussin dm</i>	107	<i>STRESSTABS ENERGY</i>	156	<i>SYSTANE</i>	93
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	107	<i>STRIBILD</i>	39	<i>SYSTANE BALANCE</i>	92
<i>sm vit c/rose hips</i>	155	<i>STROVITE FORTE</i>	156	<i>SYSTANE COMPLETE</i>	93
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	155	<i>STROVITE ONE</i>	156	<i>SYSTANE HYDRATION PF</i>	93
<i>sm vitamin b1</i>	155	<i>STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN</i>	171	<i>SYSTANE ICAPS AREDS2</i>	157
<i>sm vitamin b-12</i>	155	<i>SUBVENITE</i>	112	<i>SYSTANE OVERNIGHT</i>	
<i>sm vitamin b12 tr</i>	155	<i>sucralfate</i>	76	<i>THERAPY</i>	93
<i>sm vitamin b6</i>	155	<i>SUDOGEST</i>	107	<i>SYSTANE PRESERVATIVE FREE</i>	93
<i>sm vitamin b-6</i>	155	<i>sudogest 12 hour</i>	107	<i>SYSTANE ULTRA</i>	93
<i>sm vitamin c</i>	155, 156	<i>SUDOGEST MAXIMUM</i>		<i>SYSTANE ULTRA PF</i>	93
<i>sm vitamin c cr</i>	155	<i>STRENGTH</i>	107	<i>TAB-A-VITE</i>	157
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	156	<i>sulfacetamide sodium</i>	90	<i>TAB-A-VITE/BETA CAROTENE</i>	157
<i>sm vitamin d</i>	156	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	164	<i>tab-a-vite/iron</i>	157
<i>sm vitamin d3</i>	156	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89	<i>TAB-A-VITE/IRON/BETA</i>	
<i>sm vitamin e</i>	156	<i>sulfadiazine</i>	42	<i>CAROTENE</i>	157
<i>sm zinc gluconate</i>	131	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	42	<i>TABLOID</i>	22
<i>sodium bicarbonate</i>	73	<i>SULFAMYLON</i>	165	<i>TABRECTA</i>	19
<i>sodium chloride</i>	107, 125, 164	<i>sulfasalazine</i>	77	<i>tacrolimus</i>	27, 171
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	92	<i>sulindac</i>	30	<i>TAFINLAR</i>	19
<i>sodium fluoride</i>	126	<i>sumatriptan</i>	119	<i>TAGRISSO</i>	19
<i>sodium phenylbutyrate</i>	68	<i>sumatriptan succinate</i>	119	<i>TALTZ</i>	25
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	57	<i>sumatriptan succinate refill</i>	119	<i>TALZENNA</i>	19
<i>solifenacin succinate</i>	83	<i>sunitinib malate</i>	19	<i>tamoxifen citrate</i>	21
<i>SOLIQUA</i>	61	<i>SUNVITE ADVANCED</i>	156	<i>tamsulosin hcl</i>	84
<i>solo</i>	156	<i>super antioxidant</i>	156	<i>TARINA 24 FE</i>	66
<i>SOLTAMOX</i>	21	<i>super aytinal</i>	156	<i>TARINA FE 1/20 EQ</i>	66
<i>SOLU-CORTEF</i>	70	<i>super aytinal 50 plus</i>	156	<i>TASIGNA</i>	19
<i>SOMATULINE DEPOT</i>	68	<i>super b complex maxi</i>	156	<i>tazarotene</i>	166
<i>SOMAVERT</i>	68	<i>super b complex/fal/vit c</i>	156	<i>TAZICEF</i>	45
<i>SOOTHE & COOL INZO</i>		<i>super b complex/vitamin c</i>	156	<i>TAZORAC</i>	166
<i>ANTIFUNGAL</i>	163	<i>super b-complex + vitamin c</i>	156	<i>TAZTIA XT</i>	51

TAZVERIK	19	THERAMILL FORTE	157	TRECATOR	39
TDVAX	28	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	157	TRELEGY ELLIPTA	98
TECENTRIQ	19	<i>therapeutic moisturizing</i>	171	<i>treprostinil</i>	54
TEFLARO	45	<i>therapeutic multivit/mineral</i>	157	TRESIBA	61
telmisartan	48	<i>therapeutic-m</i>	157	TRESIBA FLEXTOUCH	61
telmisartan-amldipine	52	<i>therapeutic-m/lutein</i>	157	<i>tretinoin</i>	22, 164
telmisartan-hctz	52	thera-tabs	157	<i>triamcinolone acetonide</i>	162, 167
temazepam	119	thera-tabs m	157	<i>triamterene-hctz</i>	53
TENIVAC	28	THERATEARS	93	<i>tri-buffered aspirin</i>	36
tenofovir disoproxil fumarate	38	THERATRUM COMPLETE	157	TRICARE	126
TEPMETKO	19	THERATRUM COMPLETE 50		TRICON	88
terazosin hcl	50	PLUS	157	<i>trientine hcl</i>	57
terbinafine hcl	40, 163	<i>theravim-m</i>	157	TRI-ESTARYLLA	66
terbutaline sulfate	94	THEREMS	157	TRIFERIC	88
terconazole	83	THEREMS-H	157	<i>trifluoperazine hcl</i>	118
teriparatide (recombinant)	71	THEREMS-M	157	<i>trifluridine</i>	90
testosterone	58	<i>thiamine hcl</i>	157, 158	<i>trigels-f forte</i>	88
testosterone cypionate	58	<i>thiamine mononitrate</i>	158	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	108
testosterone enanthate	58	<i>thioridazine hcl</i>	118	TRIJARDY XR	59
tetrabenazine	118	<i>thiothixene</i>	118	TRIKAFTA	99
tetracycline hcl	48	<i>thrivate 19</i>	158	TRI-LEGEST FE	66
tgt acetaminophen childrens	36	TIADYL T ER	51	TRI-LINYAH	66
tgt acetaminophen ex st	36	<i>tiagabine hcl</i>	112	TRI-LO-ESTARYLLA	66
tgt allergy relief	98	TIBSOVO	19	TRI-LO-MARZIA	66
tgt antifungal	163	TICOVAC	29	TRI-LO-MILI	66
tgt antifungal spray powder	163	<i>tigecycline</i>	48	TRI-LO-SPRINTEC	66
tgt childrens acetaminophen	36	TILIA FE	66	<i>trimethoprim</i>	42
tgt childrens ibuprofen	30	<i>timolol maleate</i>	51, 89	TRI-MILI	66
tgt fiber therapy	82	TING	163	<i>trimipramine maleate</i>	115
tgt gas relief extra strength	76	TIVICAY	38	TRINTELLIX	115
tgt gentle laxative	82	TIVICAY PD	38	TRI-NYMYO	66
tgt ibuprofen childrens	30	<i>tizanidine hcl</i>	109	<i>triprocaps</i>	158
tgt lubricant eye drops	93	TOBRADEX	89	<i>triple antibiotic</i>	165
tgt miconazole 7	83	TOBRADEX ST	89	<i>triple antibiotic plus</i>	165
tgt nicotine polacrilex	122	<i>tobramycin</i>	42, 90	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	165
tgt nicotine step one	122	<i>tobramycin sulfate</i>	42	TRI-SPRINTEC	66
tgt nicotine step three	122	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89	TRIUMEQ	39
tgt nicotine step two	122	<i>tolnaftate</i>	163, 164	TRIUMEQ PD	39
TGT POWDERLAX	82	<i>tolnaftate antifungal</i>	163	TRIVORA (28)	66
tgt psyllium fiber	82	<i>tolterodine tartrate</i>	83	TRI-VYLIBRA	66
tgt stomach relief	74	<i>tolterodine tartrate er</i>	83	TRI-VYLIBRA LO	66
THALOMID	23	<i>topiramate</i>	112	TRIZIVIR	39
THE MAGIC BULLET	82	TOPOSAR	23	TROGARZO	38
THEO-24	99	<i>toremifene citrate</i>	21	TROPHAMINE	132
theophylline	99	<i>torsemide</i>	53	<i>tropical liquid nutrition</i>	158
theophylline er	99	<i>total allergy</i>	98	<i>trospium chloride</i>	83
THERA	157	<i>total b/c</i>	158	TRULICITY	60
THERA M PLUS	157	TOUJE MAX SOLOSTAR	61	TRUMENBA	29
thera vital m	157	TOUJE SOLOSTAR	61	TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	19
therabasic-m	157	TPN ELECTROLYTES	125	TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	19
THERA-D 2000	157	TRADJENTA	59	TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	19
THERA-D RAPID REPLETION	157	TRALEMENT	132	TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	19
THERAGRAN-M	157	<i>tramadol hcl</i>	31	TRUXIMA	19
THERAGRAN-M ADVANCED	157	<i>tramadol-acetaminophen</i>	31	TUKYSA	19
THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>trandolapril</i>	54	TURALIO	19
PLUS	157	<i>tranexamic acid</i>	85	TUSNEL C	107
THERAGRAN-M PREMIER	157	<i>tranylcypromine sulfate</i>	115	<i>tusnel diabetic</i>	107
THERAGRAN-M PREMIER 50		TRAVASOL	132	TUSNEL-EX	107
PLUS	157	TRAZIMERA	19		
thera-m	157	<i>trazodone hcl</i>	115		

tussin cf.....	107	venlafaxine hcl.....	115	vitamin b-12.....	159
tussin cf multi-symptom cold.....	107	venlafaxine hcl er.....	115	vitamin b-12 er.....	159
tussin cough.....	107	VENOFER.....	88	vitamin b12 tr.....	159
tussin dm.....	107	VENTAVIS.....	54	vitamin b12-folic acid.....	159
tussin dm cough + chest.....	107	VENTOLIN HFA.....	94	vitamin b6.....	159
tussin mucus & chest congest.....	107	VENTRIXYL.....	158	vitamin b-6.....	159
tussin mucus+chest congestion.....	108	VENTRIXYL FE.....	158	vitamin b-complex.....	159
tussin multi-symptom cold cf.....	108	verapamil hcl.....	51	vitamin c.....	159
TWINRIX.....	29	verapamil hcl er.....	51	vitamin c drops.....	159
TYBOST.....	38	VERQUVO.....	54	vitamin c er.....	159
TYDEMY.....	66	VERSACLOZ.....	118	vitamin c plus wild rose hips.....	159
TYPHIM VI.....	29	versatile cream base.....	56	vitamin c/rose hips.....	159
U-BASE.....	56	VERSIGEL.....	56	vitamin c/rose hips tr.....	159
UDAMIN SP.....	158	VERZENIO.....	20	vitamin c-acerola.....	159
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS.....	158	VESTURA.....	66	vitamin c-rose hips.....	159
ultra freeda.....	158	VIC-FORTE.....	158	vitamin c-rose hips er.....	159
ultra freeda/iron.....	158	VICTOZA.....	60	vitamin c-rose hips tr.....	159
ULTRA FRESH.....	93	VIENVA.....	66	vitamin d.....	160
ultra lubricating eye drops.....	93	vigabatrin.....	112	vitamin d (cholecalciferol).....	159, 160
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE.....	158	VIGADRONE.....	112	vitamin d (ergocalciferol).....	160
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA.....	158	VIIBRYD STARTER PACK.....	115	vitamin d high potency.....	160
unicomplex-m.....	158	vilazodone hcl.....	115	vitamin d infant.....	160
UNITHROID.....	57	VIMPAT.....	112	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	160
ursodiol.....	76	vincristine sulfate.....	23	vitamin d3.....	160
valacyclovir hcl.....	44	vinorelbine tartrate.....	23	vitamin d-3.....	160
VALCHLOR.....	171	viorele.....	66	vitamin d3 complete.....	160
valganciclovir hcl.....	44	VIRACEPT.....	38	vitamin d3 maximum strength.....	160
valproate sodium.....	112	VIREAD.....	38	vitamin d3 super strength.....	160
valproic acid.....	112	virt-caps.....	158	vitamin d3 ultra strength.....	160
valsartan.....	48	virt-fefa plus.....	88	vitamin d-400.....	160
valsartan-hydrochlorothiazide.....	52	VIRT-GARD.....	158	vitamin e.....	160
VALTOCO 10 MG DOSE.....	112	vision formula 2.....	158	vitamin e blend.....	160
VALTOCO 15 MG DOSE.....	112	vision formula eye health.....	158	vitamin e water soluble.....	160
VALTOCO 20 MG DOSE.....	112	vision formula/lutein.....	158	vitamin e-200.....	160
VALTOCO 5 MG DOSE.....	112	vision vitamins.....	158	vitamin e-400.....	160
value plus glucose.....	57	VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA.....	158	vitamin k1.....	160
VANADOM.....	109	VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA.....	158	vitamins acd-fluoride.....	160
vancomycin hcl.....	42	vit e-vit c-beta carotene.....	158	vitamins a-d-e/selenium.....	160
vancomycin hcl in nacl.....	42	vita c/bioflavonoids/rose hips.....	158	vitamins for hair.....	160
VANIBASE.....	56	vita hair.....	158	vitamins/minerals.....	160
VANICREAM.....	171	vitabasic complete.....	158	VITASANA.....	161
vanishing cream botanical base.....	56	vitabasic senior.....	158	vitasure.....	161
VAQTA.....	29	vita-bee/c.....	158	vitatrum.....	161
varenicline tartrate.....	122	vitabex plus.....	159	VITATRUM COMPLETE.....	161
VARIVAX.....	29	vitachew multiple vitamin.....	159	VITRAKVI.....	20
VASCEPA.....	49	VITAFOL.....	159	VITRAMYN.....	161
v-c forte.....	158	VITAL-D RX.....	159	VITRANOL.....	161
vegetable lax+stool softener.....	82	vitalee.....	159	VITRANOL FE.....	161
VELIVET.....	66	VITALETS CHILDRENS.....	159	VITREXATE.....	161
VELPHORO.....	56	vitamin a.....	159	VITREXATE FE.....	161
VELTASSA.....	57	vitamin b + c complex.....	159	VITREXYL.....	161
VELVACHOL.....	171	vitamin b 12.....	159	VITREXYL + IRON.....	161
VEMLIDY.....	44	vitamin b complex.....	159	vitrum 50+ senior multi.....	161
VENCLEXTA.....	19, 20	vitamin b-1.....	159	VITRUM SENIOR.....	161
VENCLEXTA STARTING PACK.....	20	vitamin b12.....	159	VIVITROL.....	122
VENEXA.....	158			VIZIMPRO.....	20
VENEXA FE.....	158			v-max.....	56
				VONJO.....	20
				voriconazole.....	40
				VOSEVI.....	44

VOTRIENT	20	XYREM	120
vp-vite rx	161	YELETS TEENAGE FORMULA	161
VRAYLAR	118	YF-VAX	29
VYFEMLA	66	yl coenzyme q10	124
VYLIBRA	66	yl folic acid	161
VYZULTA	89	yl vitamin b-6	161
WAL-DRYL ALLERGY	98	yl vitamin c	161
warfarin sodium	84	yl vitamin c-rose hips	161
wee care	88	YOUR LIFE MULTI ADULT	
WEEKLY-D	161	GUMMIES	161
WELIREG	22	YUVAFEM	69
WERA	66	ZAFEMY	67
wescaps	161	zafirlukast	100
westab max	161	zaleplon	119
westab mini	161	ZARXIO	85
westab one	161	ZEASORB-AF	164
west-vite w/folic acid	161	ZEJULA	20
womans laxative	82	ZELBORAF	20
womens 50+ advanced	161	ZEMAIRA	100
womens daily form/fal/cal/fe	161	ZENATANE	164
womens daily formula	161	ZENPEP	77
womens multi	161	ZERVIADE	88
womens multi gummies	161	zidovudine	38
womens multivitamin	161	ZIEXTENZO	85
wound care	56	zinc	131
WYMZYA FE	66	zinc chloride	132
XALKORI	20	zinc gluconate	131
XARELTO	84	zinc oxide	171
XARELTO STARTER PACK	84	zinc sulfate	132
XATMEP	27	ziprasidone hcl	118
XCEL 100	56	ziprasidone mesylate	118
XCOPRI	113	ZIRABEV	20
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	113	ZIRGAN	90
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	113	zoledronic acid	71
XELJANZ	25	ZOLINZA	20
XELJANZ XR	25	zolmitriptan	119
XENICAL	68	zolpidem tartrate	120
XERAC AC	171	zonisamide	113
XERMELO	76	zoo friends complete	161
XGEVA	71	ZOSTRIX HP	171
XHANCE	100	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XIFAXAN	76		171
XIGDUO XR	60	ZOVIA 1/35 (28)	67
XIIDRA	93	ZTALMY	113
XOFLUZA (40 MG DOSE)	44	ZUMANDIMINE	67
XOFLUZA (80 MG DOSE)	44	ZYDELIG	20
XOLAIR	99, 100	ZYKADIA	20
XOSPATA	20	ZYLET	89
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY)	20	ZYPREXA RELPREVV	118
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	20	zyvana	161
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	20		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	20		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	20		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	20		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	20		
XTANDI	21		
XULANE	67		
XULTOPHY	61		
xvite	161		

Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)
2023 Formulário: Lista de Medicamentos Cobertos

Para informações mais recentes ou outras questões, contacte-nos 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 **21/09/2022**.

H9576_PharmDrugList23 Approved 10/07/2022

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