



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 22/8/2023.

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	174

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.
- ❖ សូមយកចិត្តទុកអាគគ់ ប្រសិទ្ធភីមួយការណ៍ឡើង
មានសេវាកម្មជំនួយថ្វីអាជីវការណ៍ដើម្បីថ្វីសម្រាប់អ្នក។
សូមទូរសព្ទទៅសេវាកម្មជីគិតមានលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8
ព្រឹកម៉ោង 8 យប់ថ្ងៃចូល - ស្មោះ ម៉ោង 8 ព្រឹកម៉ោង 12 យប់ថ្ងៃថ្ងៃលោក។
ខ្លួនឯងកណ្តាលសេវាដែលអាចទិញ ឬនាំថ្វីឱ្យបែងចែក អ្នកអាចចូរបានដើម្បីសំង្ខៈអ្នកសារ
ការងារបែងសម្រាប់អ្នកជីនក្នុងបានដោយក្រឡាយថ្វីបែងចែកនៃថ្វីការបង្ហាប់។
ការទូរសព្ទទៅគិតគិតថ្វី។
- ❖ 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 **15-173**. 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 **174**.

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 174. 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: 1/9/2023

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
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
LEUKERAN ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	
<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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
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
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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 SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (216ml a cada 27 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
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 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
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
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, 320 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
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 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
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
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 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 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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 125 MG, 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)
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZELBORAFL 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 Antineoplásicos Hormonais		
abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
anastrozole oral tablet 1 mg	\$0 (Nível 1)	
bicalutamide oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 1)	
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 240 MG, 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG, 86 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Agentes De Proteção		
<i>leucovorin calcium injection solution 500 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>leucovorin calcium injection solution reconstituted 100 mg, 200 mg, 350 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>leucovorin calcium oral tablet 10 mg, 15 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Antimetabólicos		
<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

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>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 (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (49 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (70 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (91 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tretinoïn oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Imunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$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		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
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
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

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
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
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 (168 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 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 cartucho a cada 30 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 365 dias); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
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

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
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
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)	

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
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg	\$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)	
diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml	\$0 (Nível 2)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 2)	
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nível 2)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nível 2)	
IPOP INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nível 2)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 2)	
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 2)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
<i>prehevbrio intramuscular suspension 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
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, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nível 2)	
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
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)	

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
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
celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
celecoxib oral capsule 400 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
diclofenac potassium oral tablet 50 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg	\$0 (Nível 1)	
diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	
diflunisal oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 1)	
ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg	\$0 (Nível 1)	
etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
flurbiprofen oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 1)	
gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
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 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 1)	
ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
Analgésico De Opioides De Curta Duração		
acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg	\$0 (Nível 1)	QL (360 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)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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 1 mg/ml, 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)
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)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (450ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>8 hour arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>APHEN ORAL TABLET 325 MG</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 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 ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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)	
colchicine oral tablet 0.6 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg	\$0 (Nível 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
probenecid oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %	\$0 (Nível 1)	B/D
lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %	\$0 (Nível 1)	B/D

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<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)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (400ml a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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
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)	
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
cycloserine oral capsule 250 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
isoniazid oral syrup 50 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
pyrazinamide oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 1)	
rifabutin oral capsule 150 mg	\$0 (Nível 1)	
rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg	\$0 (Nível 1)	
rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LENTA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte 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
TRECATOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg	\$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
efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg	\$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
lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg	\$0 (Nível 1)	
lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg	\$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
amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg	\$0 (Nível 1)	
fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%	\$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>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 suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	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)	
<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)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (12 comprimidos por ano); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	
<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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>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)	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (80 cápsulas a cada 180 dias)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (160 cápsulas a cada 180 dias)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores todos os anos)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 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
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 intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm	\$0 (Nível 2)	
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	\$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)	
cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)	\$0 (Nível 2)	
ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm	\$0 (Nível 1)	
ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm	\$0 (Nível 1)	
cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg	\$0 (Nível 1)	
cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm	\$0 (Nível 1)	
cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nível 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg	\$0 (Nível 1)	
azithromycin oral packet 1 gm	\$0 (Nível 1)	
azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg	\$0 (Nível 1)	
clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (Nível 1)	
clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nível 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nível 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 1)	
erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>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		
<i>CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g procaine intramuscular suspension 600000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nível 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
Tetraciclinas		
<i>DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG</i>	\$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)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	PA
tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
candesartan cilexetil oral tablet 32 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
valsartan oral tablet 320 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antiarrítmicos		
amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml	\$0 (Nível 1)	
amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg	\$0 (Nível 1)	
disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg	\$0 (Nível 2)	
dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg	\$0 (Nível 1)	
flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 1)	
propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg	\$0 (Nível 1)	
propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg	\$0 (Nível 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nível 1)	
sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte 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
sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
cholestyramine light oral packet 4 gm	\$0 (Nível 1)	
cholestyramine light oral powder 4 gm/dose	\$0 (Nível 1)	
cholestyramine oral packet 4 gm	\$0 (Nível 1)	
cholestyramine oral powder 4 gm/dose	\$0 (Nível 1)	
colesevelam hcl oral packet 3.75 gm	\$0 (Nível 1)	
colesevelam hcl oral tablet 625 mg	\$0 (Nível 1)	
colestipol hcl oral granules 5 gm	\$0 (Nível 1)	
colestipol hcl oral packet 5 gm	\$0 (Nível 1)	
colestipol hcl oral tablet 1 gm	\$0 (Nível 1)	
ezetimibe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	
ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg	\$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		
fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg	\$0 (Nível 1)	
fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg	\$0 (Nível 1)	
gemfibrozil oral tablet 600 mg	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
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)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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)	
timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg	\$0 (Nível 1)	
diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nível 1)	

LENDa

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml	\$0 (Nível 1)	
diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nível 1)	
felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg	\$0 (Nível 1)	
nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg	\$0 (Nível 1)	
nimodipine oral capsule 30 mg	\$0 (Nível 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nível 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina II		
amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg	\$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)	
irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg	\$0 (Nível 1)	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
<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-amldopine-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-amldopine 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>amldopine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
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
midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	
ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 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
<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 (360 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
<i>VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML</i>	\$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)	
<i>NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nível 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base 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
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
<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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>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		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0 (Nível 2)	QL (540 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nível 2)	QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$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)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
GLUCO BURST ORAL GEL 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$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
GVOKE HYPOOPEN 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)	
trentine 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 oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg	\$0 (Nível 1)	B/D
calcitriol oral solution 1 mcg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg	\$0 (Nível 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nível 2)	NDS
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA
oxandrolone oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
oxandrolone oral tablet 2.5 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)	\$0 (Nível 1)	PA
testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml	\$0 (Nível 1)	PA
testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300 gramas a cada 30 dias)
testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)	\$0 (Nível 1)	PA; QL (150 gramas 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
Antidiabéticos		
acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nível 2)	QL (4 canetas a cada 28 dias)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 caneta a cada 30 dias)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 caneta a cada 30 dias)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
glimepiride oral tablet 4 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$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	\$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)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 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
metformin hcl oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 1)	QL (75 comprimidos a cada 30 dias)
metformin hcl oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
metformin hcl oral tablet 850 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg	\$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, 2 MG/3ML	\$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)
pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
repaglinide oral tablet 2 mg	\$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)
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)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1ML	\$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 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 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)	
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)	

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
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)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	
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 20 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$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)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 &0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

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
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>brielllyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
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)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenen-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr	\$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)	
FINZALA ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$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)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MGCG	\$0 (Nível 1)	

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
levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days	\$0 (Nível 1)	
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	\$0 (Nível 1)	
levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/125-30 mcg	\$0 (Nível 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg	\$0 (Nível 1)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</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)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 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
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)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$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
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
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$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, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
Estrogénios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
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 10 mg/ml, 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)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (Nível 1)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	\$0 (Nível 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	
Progestinos		
medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml	\$0 (Nível 2)	
megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml	\$0 (Nível 2)	PA
norethindrone acetate oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	
Reguladores De Cálcio		
alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml	\$0 (Nível 1)	
alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg	\$0 (Nível 1)	
calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act	\$0 (Nível 1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-Injector 600 MCG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ibandronate sodium oral tablet 150 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml	\$0 (Nível 1)	B/D
pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml	\$0 (Nível 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 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
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	\$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 psyllium fiber oral powder 43 %	\$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 oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
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
SENEXON-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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 laxative oral capsule 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
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

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>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	QL (620ml a cada 30 dias)
<i>XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (51 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 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
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
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 prefilled syringe 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 PREFILLED SYRINGE 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 Hematopoietico		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nível 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVA 21/7 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>gnp 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

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
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 47.5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nível 3)	DP
trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
virt-fefa plus oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
wee care oral suspension 15 mg/1.25ml	\$0 (Nível 3)	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg	\$0 (Nível 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	
clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg	\$0 (Nível 1)	
dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg	\$0 (Nível 2)	PA
prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %	\$0 (Nível 1)	
cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %	\$0 (Nível 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVIALE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %	\$0 (Nível 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %	\$0 (Nível 1)	
brinzolamide ophthalmic suspension 1 %	\$0 (Nível 1)	
carteolol hcl ophthalmic solution 1 %	\$0 (Nível 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nível 2)	
dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %	\$0 (Nível 1)	
dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nível 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nível 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
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)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
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)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nível 2)	

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
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</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</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
<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

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>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
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 CELUVISC 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)	

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
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
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE 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
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	
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)	

LENTA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte 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>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 108 (90 base) mcg/act (nda020503), 108 (90 base) mcg/act (nda020983)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (2 inaladores a cada 30 dias)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores a cada 30 dias)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 placas de comprimidos a cada 30 dias)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Anti-Histamínicos		
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ALAVERT ORAL TABLET DISPERSIBLE 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aller-ease oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 childrens oral solution 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
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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp all day allergy oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
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 solution 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 solution 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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)	\$0 (Nível 3)	DP
levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)	\$0 (Nível 1)	
liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loradamed oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg	\$0 (Nível 3)	DP
loratadine oral solution 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 solution 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 solution 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
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (4 inaladores a cada 28 dias)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
Combinações 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 inalações 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/ACT, 200-25 MCG/ACT	\$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 (3 inaladores 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act	\$0 (Nível 3)	DP
epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml	\$0 (Nível 1)	
epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml	\$0 (Nível 1)	
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 13.4 MG, 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
neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg	\$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, 75-94 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
pirfenidone oral capsule 267 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
pirfenidone oral tablet 267 mg	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias); NDS
pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg	\$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
roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg	\$0 (Nível 1)	
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)	
theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg	\$0 (Nível 1)	
theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg	\$0 (Nível 1)	

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Esteróides Inhalantes		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 inalações a cada 30 dias)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 250 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (240 inalações a cada 30 dias)
FLOVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (180 inalações 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %	\$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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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
dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
eql allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp cough gels oral capsule 15 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal four spray nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
gnp nose drops extra strength nasal solution 1 %	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg	\$0 (Nível 3)	DP
gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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
hydrocod poli-chlorphe poli 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 100-6.33 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

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
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal relief nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray extra moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal spray no drip nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-phenyleph-codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px allergy relief d (loratad) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

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

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>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin cough oral syrup 15 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml	\$0 (Nível 3)	DP
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)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (300 cápsulas 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)

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>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
Agentes De Terapia Musculosquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>VANADOM ORAL TABLET 350 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
Anticonvulsivos		
<i>APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
<i>BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; 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
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (240ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
EPITOL ORAL TABLET 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
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (720ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i> gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i> gabapentin oral solution 250 mg/5ml, 300 mg/6ml</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)	
<i> methsuximide oral capsule 300 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>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)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2400ml a cada 30 dias); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 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)	

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
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)	
vigabatrin oral packet 500 mg	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
vigabatrin oral tablet 500 mg	\$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
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
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
Antidemência		
donepezil hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	
donepezil hcl oral tablet 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg	\$0 (Nível 1)	
donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg	\$0 (Nível 1)	PA
memantine hcl oral solution 2 mg/ml	\$0 (Nível 1)	PA

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 &28 -10 MG	\$0 (Nível 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 pensos a cada 30 dias)
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mirtazapine oral tablet dispersible 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nefazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$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 injeção a cada 28 dias); NDS
<i>ariprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml 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
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)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml	\$0 (Nível 1)	
chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
clozapine oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 1)	QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
clozapine oral tablet 200 mg	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
clozapine oral tablet dispersible 100 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg	\$0 (Nível 1)	PA
clozapine oral tablet dispersible 150 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
clozapine oral tablet dispersible 200 mg	\$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
fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	
fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)	\$0 (Nível 1)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 180 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 90 dias); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg	\$0 (Nível 1)	
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias)
RISPERDAL CONSTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 37.5 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias); NDS
risperidone oral solution 1 mg/ml	\$0 (Nível 1)	QL (240ml a cada 30 dias)
risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg	\$0 (Nível 1)	
risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
risperidone oral tablet dispersible 4 mg	\$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)
thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	
thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (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)	
ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg	\$0 (Nível 1)	QL (6 injeções a cada 3 dias)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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
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)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>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 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 injeções a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate subcutaneous solution auto-injector 6 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 injeções a cada 30 dias)
<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		
<i>BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i> zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i> zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i> zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
<i>BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG</i>	\$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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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> fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$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)
<i> sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (540ml a cada 30 dias); NDS
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)
<i> bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i> diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i> diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i> disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i> gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 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 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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nível 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px stop smoking aid mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt nicotine step one transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt nicotine step three transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt nicotine step two transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias)
<i>varenicline tartrate oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nível 1)	PA
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Défice De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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)
dexamethylphenidate hcl oral tablet 10 mg	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
dexamethylphenidate 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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc melatonin max st oral tablet 5 mg</i>	\$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
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
<i>dextrose 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.2 %, 2.5-0.45 %</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dextrose-nacl intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 2.5-0.45 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nível 2)	

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 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>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
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>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
gnp electrolyte solution oral solution	\$0 (Nível 3)	DP
gnp 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
PEDIALYTE 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 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
<i>calcium 600-d oral tablet 600-10 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 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
cvs calcium citrate +d3 mini oral tablet 200-6.25 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 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
magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
magnesium oxide tablet 400 mg oral	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

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

NOME DO MEDICAMENTO	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	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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
<i>oyster calcium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium + d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium 250+d oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500 + d oral tablet 500-200 mg-unit, 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium 500+d oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium oral tablet 500 mg, 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium plus d oral tablet 500-3.125 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium w/d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$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
<i>pure calcium carbonate oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px calcium&d oral tablet 600-10 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
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
zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) 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
Nutrição Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5) INTRAVENOUS SOLUTION 4.25 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20) INTRAVENOUS SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (6/5) intravenous solution 6 %</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/10) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>clinimix/dextrose (8/14) intravenous solution 8 %</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
CLINISOL SF INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
CLINOLIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>cupric chloride intravenous solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextrose intravenous solution 10 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose intravenous solution 50 %, 70 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
FREAMINE III INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nível 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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
anti-oxidant oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
AQUADEKS 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
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
biotin oral capsule 5 mg, 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
biotin 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
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
CENTRUM MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$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
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
<i>complete 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
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
cvs spectravite 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
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
d3-1000 oral capsule 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
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
DIALYVITE 5000 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
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
eql century mature 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 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
FLINTSTONES GUMMIES PLUS 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 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
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</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 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
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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/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)	\$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 d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$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
hm complete 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 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 vitamin e oral capsule 400 unit, 90 mg (200 unit)	\$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
kp adults 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 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>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methyl-mc nac oral tablet 6-2-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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 formulallycopene 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
MERIBIN ORAL CAPSULE 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
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
<i>multivitamin childrens (wl fa) oral tablet chewable</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
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/extravitamin 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
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$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
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 clrose 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
<i>omnicap oral tablet</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
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
sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)	\$0 (Nível 3)	DP
sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)	\$0 (Nível 3)	DP
solo oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
span c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
stress formula (folic acid) oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
stress formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
stress formula/iron oral tablet	\$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
super antioxidant oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
super aytinal 50 plus oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super aytinal oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super b complex maxi oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super b complex/fa/vit c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super b complex/vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super b-complex + vitamin c oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super b-complex/vit c/fa oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super biotin oral capsule 5000 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
super multiple oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
super multiple oral tablet	\$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
super thera vite m oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
super vita-mins oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
superplex-t oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
support oral liquid	\$0 (Nível 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$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
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)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole cream 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>clotrimazole solution 1 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole solution 1 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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)
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
<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)
<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)

LENTA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte 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-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>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
<i>SSD EXTERNAL CREAM 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM</i>	\$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
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>calcipotriene external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>calcipotriene external solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120ml a cada 30 dias)
<i>CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas 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>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, Antisseborréicos		
<i>ketoconazole external shampoo 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>selenium sulfide external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Corticosteróides		
<i>ala-cort external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alclometasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>alclometasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate aug external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external lotion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone dipropionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external lotion 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120ml a cada 30 dias)
<i>betamethasone valerate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate e external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>clobetasol propionate external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50ml a cada 30 dias)
<i>ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide body external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external cream 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external ointment 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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>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
<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

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
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
ammonium lactate cream 12 % external (otc)	\$0 (Nível 3)	DP
ammonium lactate cream 12 % external (rx)	\$0 (Nível 1)	
ammonium lactate lotion 12 % external (otc)	\$0 (Nível 3)	DP
ammonium lactate lotion 12 % external (rx)	\$0 (Nível 1)	
anti-itch external cream 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antiseptic skin cleanser external solution 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
arthritis pain relieving external cream 0.075 %	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
benzoin external tincture	\$0 (Nível 3)	DP
beta care external cream	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 3)	DP
bexarotene external gel 1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
calamine external lotion 8-8 %	\$0 (Nível 3)	DP
calamine phenolated external lotion	\$0 (Nível 3)	DP
calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %	\$0 (Nível 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
capsaicin pain relief external cream 0.1 %	\$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
coconut oil beauty external cream	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENTA

PA = Autorização prévia QL = Limite de Quantidade ST = Terapia por etapas B/D = Autorização prévia da Parte 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
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1000 gramas a cada 30 dias)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (40 gramas a cada 30 dias)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (10ml a cada 30 dias)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp capsaicin external liquid 0.15 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 pacotes a cada 30 dias)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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 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>podofilox 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)	
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
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 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

LENTA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte 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
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.....	101	adult one daily gummies.....	135	allopurinol.....	37
12 hour nasal decongestant.....	102	ADVAIR DISKUS.....	99	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	72
12 hour nasal spray.....	102	ADVAIR HFA.....	99	alosetron hcl.....	76
1st base.....	55	ADVANCED MULTI EA.....	135	ALPHAGAN P.....	89
24hr allergy relief.....	95	ADVANTAGE CARE		alprazolam.....	110
3 day vaginal.....	83	ELECTROLYTE PED.....	128	ALREX.....	91
4-WAY FAST ACTING.....	102	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	30	ALTAVERA.....	62
50+ adult eye health.....	134	AFIRMELLE.....	62	alum & mag hydroxide-simeth.....	72
8 hour arthritis pain reliever.....	33	AIMOVIG.....	120	alumina-magnesia-simethicone.....	72
8 hr arthritis pain relief.....	33	AIRBORNE.....	135	aluminum hydroxide gel.....	72
8hr muscle aches & pain.....	33	AIRBORNE GUMMIES.....	135	ALUNBRIG.....	15
a thru z advanced.....	134	AIRBORNE KIDS.....	135	alyacen 1/35.....	62
a thru z high potency.....	134	AIRBORNE+GOOD REST.....	135	alyacen 7/7/7.....	62
a thru z select.....	134	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	135	AMABELZ.....	70
a thru z select 50+ advanced.....	134	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	135	amantadine hcl.....	109
a thru z select 50+ mens.....	134	ala-cort.....	168	ambrisentan.....	55
a thru z select advanced.....	134	ALAVERT.....	95	AMETHIA.....	62
a thru z select ultimate women.....	135	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	102	amikacin sulfate.....	41
a thru z ultimate mens.....	135	albendazole.....	41	amiloride hcl.....	53
a-10000.....	135	albuterol sulfate.....	95	amiloride-hydrochlorothiazide.....	53
abacavir sulfate.....	38	albuterol sulfate hfa.....	95	amiodarone hcl.....	49
abacavir sulfate-lamivudine.....	40	aclometasone dipropionate.....	168	amitriptyline hcl.....	115
abc complete senior womens 50+.....	135	ALDURAZYME.....	68	AMLADEX.....	135
abc plus.....	135	ALECENSA.....	15	amlodipine besy-benazepril hcl.....	53
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+.....	135	alendronate sodium.....	71	amlodipine besylate.....	51
ABELCET.....	40	aler-cap.....	95	amlodipine besylate-valsartan.....	52
ABILIFY MAINTENA.....	116	alfuzosin hcl er.....	84	amlodipine-olmesartan.....	52
abiraterone acetate.....	21	algae based calcium.....	135	ammonium lactate.....	170
acamprosate calcium.....	122	aliskiren fumarate.....	54	AMNESTEEM.....	166
acarbose.....	59	ALIVE ULTRA POTENCY		amoxapine.....	115
ACCUTANE.....	166	WOMENS 50+.....	135	amoxicillin.....	47
acebutolol hcl.....	51	ALIVE WOMENS 50+.....	135	amoxicillin-pot clavulanate.....	47
acerola c-500.....	135	ALIVE WOMENS ENERGY.....	135	amoxicillin-pot clavulanate er.....	47
acetaminophen.....	33	ALIVE WOMENS GUMMY.....	135	amphetamine-dextroamphet er.....	124
acetaminophen 8 hour.....	33	all day allergy.....	95	amphetamine-dextroamphetamine.....	124, 125
acetaminophen childrens.....	33	all day allergy childrens.....	95	amphotericin b.....	40
acetaminophen er.....	33	all day allergy d.....	102	amphotericin b liposome.....	40
acetaminophen extra strength.....	33	all day allergy-d.....	102	ampicillin.....	47
acetaminophen infants.....	33	ALLBEE/C.....	135	ampicillin sodium.....	47
acetaminophen-codeine.....	31	all-day allergy childrens.....	95	ampicillin-sulbactam sodium.....	47, 48
acetazolamide.....	53	aller-chlor.....	95	anagrelide hcl.....	85
acetazolamide er.....	53	aller-ease.....	95	anastrozole.....	21
acetic acid.....	84, 94	allergy.....	96	animal chews.....	135
acetylcysteine.....	99	allergy (cetirizine).....	95	ANIMAL SHAPES.....	135
acitretin.....	167	allergy 24-hr.....	95	animal shapes/iron.....	135
ACTHIB.....	27	allergy childrens.....	95, 96	ANIMI-3.....	135
actical.....	135	allergy rel child (loratadine).....	96	ANORO ELLIPTA.....	99
ACTIMMUNE.....	26	allergy relief.....	96	antacid.....	72
active fe.....	86	allergy relief (loratadine).....	96	antacid anti-gas max strength.....	72
acyclovir.....	44	allergy relief cetirizine	96	antacid anti-gas reg strength.....	72
acyclovir sodium.....	44	allergy relief childrens.....	96	antacid maximum strength.....	72
ADACEL.....	28	allergy relief d.....	102	antacid plus anti-gas relief.....	72
adapalene.....	166	allergy relief d-12.....	102	antacid regular strength.....	72
adefovir dipivoxil.....	44	allergy relief d-24.....	102	antacid/antigas.....	73
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	135	allergy relief/indoor/outdoor.....	96	antacid/anti-gas.....	73
ADEMPAS.....	54	allergy relief/nasal decongest.....	102	anti-diarrheal.....	74
ADIPEX-P.....	122	allergy relief-d.....	102	antifungal.....	164
ADRENALIN.....	54	allergy/congestion relief.....	102	anti-fungal.....	164
adult aspirin regimen.....	33	allergy-time.....	96		

antifungal (<i>clotrimazole</i>)	164	AUSTEDO XR	120	BENZEDREX	102
antifungal (<i>tolnaftate</i>)	164	AUVELITY	115	BENZEFOAM	166
antifungal <i>clotrimazole</i>	164	AVIANE	63	BENZEPRO	166
anti-itch	170	AVITA	166	BENZEPRO SHORT CONTACT	166
antioxidant	135	AYUNA	63	<i>benzoin</i>	170
anti-oxidant	135	AYVAKIT	15	<i>benzonataate</i>	102
antioxidant <i>a/c/e/selenium</i>	135	<i>az cream</i>	56	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	166
antioxidant formula	135	<i>azacitidine</i>	22	<i>benzphetamine hcl</i>	122
antiseptic skin cleanser	170	<i>azathioprine</i>	27	<i>benztropine mesylate</i>	109
APHEN	33	<i>azelastine hcl</i>	89, 96	BERINERT	85
aprepitant	75	<i>azithromycin</i>	46	BESIVANCE	90
APRI	62	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI	23
APTIOM	110	CYCLE CARE	136	<i>beta care</i>	170
APTVUS	38	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA	170
AQUA GLYCOLIC FACE	170	HAPPY CYCL	136	BETADINE	170
AQUADEKS	135	<i>aztreonam</i>	41	<i>betaine</i>	68
aqueous <i>vitamin d</i>	136	AZURETTE	63	<i>betamethasone dipropionate</i>	168
ARALAST NP	99	<i>b complex</i>	136	<i>betamethasone dipropionate aug.</i>	168
ARANELLE	62	<i>b complex (folic acid)</i>	136	<i>betamethasone valerate</i>	168
ARBEM H-COSMETIC	56	<i>b complex vitamins</i>	136	BETASERON	121
ARBEM LIPOOPEN	56	<i>b complex-b12</i>	136	<i>betaxolol hcl</i>	51, 89
ARCALYST	26	<i>b complex-c</i>	136	<i>bethanechol chloride</i>	84
ariPIPRAZOLE	116, 117	<i>b complex-c-folic acid</i>	136	BETOPTIC-S	89
ARISTADA	117	<i>b-1</i>	136	<i>better b complex</i>	136
ARISTADA INITIO	117	<i>b-12</i>	136	BEVESPI AEROSPHERE	99
armodafinil	122	<i>b-12 tr</i>	136	<i>bexarotene</i>	23, 170
ARNUTTY ELLIPTA	101	<i>b-6</i>	136	BEXSERO	28
arthritis pain relief	33	<i>b6 natural</i>	136	<i>bicalutamide</i>	21
arthritis pain relieving	170	<i>bacitracin</i>	90, 167	BICILLIN L-A	48
artificial tears	92	<i>bacitracin zinc</i>	167	BIKTARVY	40
ascorbic acid	136	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	167	BIO-35 GLUTEN-FREE	136
asenapine maleate	117	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	90	<i>biocal</i>	136
ASHLYNA	62	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	90	BIOLYTE	128
aspirin	34	<i>baclofen</i>	110	<i>biosupp</i>	136
aspirin adult low strength	33	BACMIN	136	BIOTECT PLUS	136
aspirin ec adult low strength	34	BAFIERTAM	121	<i>biotin</i>	136
aspirin ec low strength	34	<i>balance b-50</i>	136	<i>biotin 5000</i>	136
aspirin low dose	34	<i>balsalazide disodium</i>	77	<i>biotin maximum strength</i>	136
aspirin-dipyridamole er	89	BALVERSA	15	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	137
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BALZIVA	63	<i>bisacodyl</i>	78
SYR	60	BANOPHEN	96, 170	<i>bisacodyl ec</i>	78
atazanavir sulfate	38	BARACLUDE	44	<i>bisacodyl laxative</i>	78
atenolol	51	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	136	<i>bismatrol</i>	74
atenolol-chlorthalidone	51	BASAGLAR KWIKPEN	60	<i>bismuth</i>	74
athletes foot (<i>clotrimazole</i>)	164	BASE PCCA CLARIFYING	56	<i>bismuth subsalicylate</i>	74
athletes foot (<i>terbinafine</i>)	164	BASLE	170	<i>bisoprolol fumarate</i>	51
athletes foot powder spray	164	BAYER ASPIRIN	34	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
athletes foot spray	164	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE	34	BIVIGAM	26
atomoxetine hcl	125	<i>bcg vaccine</i>	28	BLISOVI 24 FE	63
atorvastatin calcium	50	<i>b-complex (folic acid)</i>	136	BLISOVI FE 1.5/30	63
atovaquone	41	<i>b-complex balanced</i>	136	<i>body/hair/skin/nails</i>	137
atovaquone-proguanil hcl	43	<i>b-complex/b-12</i>	136	BOOSTRIX	28
atropine sulfate	92	<i>b-complex/vitamin c</i>	136	<i>bortezomib</i>	15
ATROVENT HFA	95	<i>b-complex-c</i>	136	<i>bosentan</i>	55
AUBRA EQ	62	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	136	BOSULIF	15
AUROVELA 1/20	62	BELSOMRA	121	<i>bp vit 3</i>	137
AUROVELA 24 FE	63	<i>benazepril hcl</i>	55	BPROTECTED MULTI-VITE	137
AUROVELA FE 1.5/30	63	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	53	BPROTECTED PEDIA D-VITE	137
AUROVELA FE 1/20	63	BENDEKA	15	BPROTECTED PEDIA POLY-	
AUSTEDO	120	BENLYSTA	27	VITE/FE	137

BRAFTOVI.....	15	calcium 600/vitamin d	129	cefaclor	45
BREO ELLIPTA.....	99	calcium 600+d	129	cefaclor er.....	45
BREZTRI AEROSPHERE.....	99	calcium 600+d high potency.....	129	cefadroxil.....	45
briellyn.....	63	calcium 600+d3	129	cefazolin sodium	45
BRILINTA.....	89	calcium 600-d.....	129	cefazolin sodium-dextrose	45
brimonidine tartrate	89	calcium acetate	57	cefdinir.....	45
brinzolamide	89	calcium acetate (phos binder)	57	cefpeme hcl.....	45
BRIVIACT.....	110	calcium carb-cholecalciferol	130	cefixime	45
bromocriptine mesylate	109	calcium carbonate	130	cefoxitin sodium	45
BROMSITE.....	91	calcium carbonate antacid.....	73	cefodoxime proxetil.....	45
BRUKINSA.....	15	calcium citrate	130	ceprozil.....	45
budesonide.....	77, 101	calcium citrate + d3	130	ceftazidime	45
budesonide er.....	77	calcium citrate + d3 maximum	130	ceftazidime and dextrose	45
bumetanide	53	calcium citrate +d	130	ceftriaxone sodium	46
buprenorphine	32	calcium citrate+d3	130	cefuroxime axetil	46
buprenorphine hcl	122	calcium citrate+d3 petites	130	cefuroxime sodium	46
buprenorphine hcl-naloxone hcl....	122	calcium citrate-vitamin d	130	celecoxib	30
bupropion hcl	115	calcium citrate-vitamin d3	130	CELONTIN	111
bupropion hcl er (smoking det)	122	calcium extra d3	130	centavite a-z complete-mineral	137
bupropion hcl er (sr)	115	calcium high potency	130	CENTRATEX	86
bupropion hcl er (xl)	115	calcium high potency/vitamin d	130	centravites	137
buspirone hcl.....	110	calcium oyster shell	130	centravites 50 plus	137
butenafine hcl	164	calcium plus vitamin d	130	centravites adults	137
butorphanol tartrate	31	calcium+d3	130	CENTRUM	138
BYDUREON BCISE.....	59	calcium-magnesium-zinc	130	CENTRUM ADULTS	137
BYETTA 10 MCG PEN.....	59	calcium-vitamin d3	130	CENTRUM CARDIO	137
BYETTA 5 MCG PEN.....	59	CALMOSEPTINE	170	CENTRUM FLAVOR BURST	137
c 1000.....	137	CALQUENCE	16	ADULT	137
c 500.....	137	CAMILA	63	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	137
c-1000.....	137	CAMRESE	63	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	137
c-1000/rose hips	137	CAMRESE LO	63	CENTRUM FRESH/FRUITY	137
c-250.....	137	candesartan cilexetil	49	ADULT	137
c-500	137	candesartan cilexetil-hctz	52	CENTRUM KIDS	137
c-500/rose hips	137	capcof	102	CENTRUM MEN	137
cabergoline	68	CAPLYTA	117	CENTRUM MULTIGUMMIES	137
CABOMETYX.....	15	CAPRELSA	16	CENTRUM SILVER	138
calamine	170	capsaicin	170	CENTRUM SILVER 50+MEN	138
calamine phenolated	170	capsaicin pain relief	170	CENTRUM SILVER 50+WOMEN ..	138
calamine-zinc oxide	170	captopril	55	CENTRUM SILVER ADULT 50+ ...	138
CALCI-CHEW	129	captopril-hydrochlorothiazide	53	CENTRUM SILVER ULTRA	138
CALCIDOL.....	137	CAPZASIN-HP	170	WOMENS	138
calcipotriene	167	carbamazepine	110, 111	CENTRUM SPECIALIST HEART ..	138
calcitonin (salmon)	71	carbamazepine er	110	CENTRUM SPECIALIST VISION ..	138
CALCITRATE.....	129	carbidopa-levodopa	109	CENTRUM ULTRA WOMENS	138
CALCITRENE	167	carbidopa-levodopa er	109	CENTRUM WOMEN	138
calcitriol.....	58	carbidopa-levodopa-entacapone ..	109	century	138
calcium.....	130	carboplatin	15	century mature	138
calcium + d	129	carboxymethylcellulose sod pf	92	cephalexin	46
calcium + vitamin d3	129	carboxymethylcellulose sodium	92	CERALYTE 70	128
calcium 500 + d	129	CARDIOTEK RX	137	CERASPORT	128
calcium 500 + d3	129	carglumic acid	68	CERASPORT EX1	128
calcium 500 +d	129	carisoprodol	110	CERAVE	170
calcium 500/d	129	CARRINGTON ANTIFUNGAL	164	CERAVE MOISTURIZING	170
calcium 500/vitamin d	129	carteolol hcl	89	CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN	170
calcium 500+d	129	CARTIA XT	51	CERDELGA	68
calcium 500+d high potency	129	carvedilol	51	CEREFOLIN	138
calcium 500+d3	129	caspofungin acetate	40	CEREZYME	68
calcium 600.....	129	castellani paint modified	164		
calcium 600 + d	129	CAYSTON	41		
calcium 600 high potency	129	c-chewable	137		

CEROVITE ADVANCED	
FORMULA	138
CEROVITE JR	138
CEROVITE SENIOR	138
certa plus	138
CERTA-VITE	138
CERTAVITE SENIOR	138
CERTAVITE	
SENIOR/ANTIOXIDANT	138
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS	138
CETAPHIL MOISTURIZING	170
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	170
cetirizine hcl	96
cetirizine hcl allergy child	96
cetirizine hcl childrens	96
cetirizine hcl childrens alrgy	96
cetirizine-pseudoephedrine er	102
cevimeline hcl	164
charcoal	68
CHATEAL	63
CHEMET	58
chest congestion relief	102
chest congestion relief dm	102
chewable vite childrens	138
childrens acetaminophen	34
CHILDRENS ADVIL	30
childrens animal shapes	138
childrens apap	34
childrens chew multivitamin	138
childrens chewable multi vits	138
childrens chewable vitamins	138
childrens gummies	138
childrens ibuprofen	30
childrens loratadine	96
childrens multivitamin	138
childrens silapap	34
chlorhexidine gluconate	164
chlorhist	96
chloroquine phosphate	43
chlorpheniramine maleate	96
chlorpromazine hcl	117
chlorthalidone	53
cholestyramine	50
cholestyramine light	50
CHROMAGEN	86
chromic chloride	134
ciclopirox olamine	164
cilstazol	85
CILOXAN	90
CIMDUO	40
cinacalcet hcl	68
CIPRO	47
ciprofloxacin hcl	47, 90
ciprofloxacin in d5w	47
ciprofloxacin-dexamethasone	94
cisplatin	15
citalopram hydrobromide	115
CITRACAL MAXIMUM	130
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	130
citrus calcium +d	130
citrus calcium/vitamin d	130
CLARAVIS	166
clarithromycin	46
clarithromycin er	46
classic prenatal	138
CLEAR EYES NATURAL TEARS	92
CLEARLAX	78
clindamycin hcl	41
clindamycin palmitate hcl	41
clindamycin phosphate	42, 83, 166
clindamycin phosphate in d5w	41
clindamycin phosphate in nacl	41
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	134
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	134
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	134
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	134
clinimix/dextrose (6/5)	134
clinimix/dextrose (8/10)	134
clinimix/dextrose (8/14)	134
CLINISOL SF	134
CLINOLIPID	134
clobazam	111
clobetasol propionate	168
clobetasol propionate e	168
clomipramine hcl	115
clonazepam	111
clonidine	54
clonidine hcl	54
clopidoget bisulfate	89
clorazepate dipotassium	111
CLORPACTIN	170
clotrimazole	83, 164
clotrimazole 3	83
clotrimazole anti-fungal	164
clotrimazole athletes foot	164
clotrimazole-betamethasone	164
clozapine	117
co q 10	125
co q10	125
co q-10	125
COARTEM	43
coconut oil beauty	170
cod liver oil	138
coditussin ac	102
coditussin dac	102
coenzyme q10	125
coenzyme q-10	125
co-enzyme q10	125
co-enzyme q-10	125
COLACE	78
COLACE 2-IN-1	78
colchicine	37
colchicine-probenecid	37
colesevelam hcl	50
colestipol hcl	50
colistimethate sodium (cba)	42
COMBIGAN	89
COMBIVENT RESPIMAT	99
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE)	16
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE)	16
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE)	16
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE	61
companion	138
COMPETE	138
COMPLERA	40
complete	138
complete allergy medicine	96
complete allergy relief	96
complete multivitamin/mineral	138
complete senior	139
COMPRO	75
constulose	78
COPIKTRA	16
coq10	125
coq-10	125
CORLANOR	54
CORVITA	139
CORVITA 150	86
CORVITE 150	86
corvite fe	86
COTELLIC	16
cough dm	102
cough dm childrens	102
cough/chest congestion dm	102
cream base	56
CREON	78
cromolyn sodium	76, 89, 99, 100
CRYSELLE-28	63
CULTURELLE PROBIOTICS + MULTIV	139
cupric chloride	134
CVS AIRSHIELD	139
CVS AIRSHIELD IMMUNITY SUPPORT	139
cvs b complex plus c	139
cvs b-1	139
cvs b6	139
cvs biotin	139
cvs calcium carbonate	130
cvs calcium citrate +d	130
cvs calcium citrate +d3 mini	130
cvs calcium citrate+d3	131
cvs calcium citrate+d3 petites	131
cvs chewable c with rose hips	139
cvs chewable childrens vitamin	139
cvs childrens complete	139
cvs coenzyme q-10	125
cvs cough dm	103
cvs d3	139
cvs daily gummies	139
cvs daily gummies adult	139
cvs daily multiple for men	139
cvs daily multiple for women	139
cvs daily multiple women 50+	139
cvs e	139
cvs electrolyte solution	128
cvs eye health & lutein	139

cvs eye health adult 50+.....	139	d 1000.....	140	delta d3.....	141
cvs folic acid.....	139	d 10000.....	140	DENGVAXIA.....	28
cvs gauze sterile.....	61	d 2000.....	140	DEPO-TESTOSTERONE.....	58
cvs glucose.....	57	d 400.....	140	DERMABASE.....	170
cvs gummy dinos.....	139	d 5000.....	140	DERMACINRX FOLTAMIN.....	141
cvs gummy multivitamin kids.....	139	d-1000 extra strength.....	140	DERMACINRX RIBOTIN-E.....	141
cvs iron.....	86	d2000 ultra strength.....	140	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	141
cvs jock itch.....	164	d3.....	140	DERMAFUNGAL.....	165
CVS KETONE CARE.....	68	d3 high potency.....	140	DESCOVY.....	40
cvs lice treatment.....	169	d3 maximum strength.....	140	DESENEX.....	165
cvs magnesium.....	131	d3 super strength.....	140	desipramine hcl.....	115
cvs magnesium oxide.....	131	d3 vitamin.....	140	desmopressin ace spray refrig.....	68
cvs mens daily gummies.....	139	d3-1000.....	140, 141	desmopressin acetate.....	68
cvs moisturizing.....	170	d-3-5.....	141	desmopressin acetate pf.....	68
cvs moisturizing extra dry.....	170	D3-50.....	141	desmopressin acetate spray.....	68
cvs one daily essential.....	139	d-400.....	141	desogestrel-ethinyl estradiol.....	63
cvs one daily mens 50+ adv.....	139	d-5000.....	141	desvenlafaxine succinate er.....	115
cvs one daily mens formula.....	139	daily multi.....	141	dexamethasone.....	70
cvs one daily womens 50+ adv.....	139	daily multiple vitamins.....	141	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	70
cvs one daily womens formula.....	139	daily multiple vitamins/iron.....	141	dexamethasone sod phosphate pf.....	70
cvs oyster shell calcium+vit d.....	131	daily multivitamin.....	141	dexamethasone sodium phosphate.....	70, 91
cvs oyster shell calcium-vit d.....	131	daily value multivitamin.....	141	dexamethylphenidate hcl.....	125
cvs ped electrolyte freeze pop.....	128	daily vitamin.....	141	dextromethorphan hbr.....	103
cvs pediatric electrolyte.....	128	daily vitamin formula.....	141	dextromethorphan polistirex er.....	103
cvs pinworm treatment.....	42	daily vitamin formula+iron.....	141	dextromethorphan-guaifenesin.....	103
cvs spectravite adult 50+.....	139	daily vitamin formula+minerals.....	141	dextrose.....	134
cvs spectravite adults.....	139	daily vitamins.....	141	dextrose 5%/electrolyte #48.....	126
cvs spectravite advanced.....	139	daily vite.....	141	dextrose in lactated ringers.....	126
cvs spectravite men.....	140	daily vite multivitamin/iron.....	141	dextrose-nacl.....	126
cvs spectravite men 50+.....	140	daily vites.....	141	dextrose-sodium chloride.....	126
cvs spectravite senior.....	140	daily vites/iron.....	141	diabetes health formula.....	141
cvs spectravite ultra men 50+.....	140	daily-vite.....	141	DIABETIC TUSSIN DM.....	103
cvs spectravite ultra mens.....	140	daily-vite multivitamin.....	141	DIABETIDERM.....	170
cvs spectravite ultra women.....	140	daily-vite/iron/beta-carotene.....	141	DIABETIDERM FOOT.....	
cvs spectravite women.....	140	dalfampridine er.....	121	REJUVENATING.....	171
cvs spectravite women 50+.....	140	danazol.....	69	DIACOMIT.....	111
cvs spectravite womens senior.....	140	dantrolene sodium.....	110	DIALYVITE.....	142
cvs super b complex/c.....	140	dapsone.....	42	DIALYVITE 3000.....	141
cvs vision health.....	140	DAPTACEL.....	28	DIALYVITE 5000.....	141
cvs vitamin b12.....	140	daptomycin.....	42	DIALYVITE 800.....	142
cvs vitamin b-12.....	140	darunavir.....	38	DIALYVITE 800/ultra d.....	142
cvs vitamin c.....	140	DASETTA 1/35.....	63	DIALYVITE 800/ZINC.....	142
cvs vitamin c-rose hips.....	140	DASETTA 7/7/7.....	63	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	142
cvs vitamin d3.....	140	DAURISMO.....	16	DIALYVITE SUPREME D.....	142
cvs vitamin e.....	140	dayavite.....	141	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	142
cvs womens active daily.....	140	DAYSEE.....	63	DIALYVITE/ZINC.....	142
cvs womens daily gummies.....	140	DAYVIGO.....	121	diamode.....	74
cvs zinc gluconate.....	131	DEBLITANE.....	63	diazepam.....	111
cyanocobalamin.....	140	DEBROX.....	173	DIAZEPAM INTENSOL.....	111
cyclobenzaprine hcl.....	110	DECARA.....	141	diazoxide.....	57
cyclophosphamide.....	15	DECUBI-VITE.....	141	diclofenac potassium.....	30
cycloserine.....	39	deferasirox.....	58	diclofenac sodium.....	30, 91, 171
cyclosporine.....	27	deferasirox granules.....	58	diclofenac sodium er.....	30
cyclosporine modified.....	27	dekas bariatric.....	141	dicloxacillin sodium.....	48
ciproheptadine hcl.....	96	DEKAS PLUS.....	141	dicyclomine hcl.....	75
CYRED EQ.....	63	DEKAS PLUS OCEAN.....	141	diethylpropion hcl.....	122
CYSTADROPS.....	92	DELESTROGEN.....	70	diethylpropion hcl er.....	122
CYSTAGON.....	68	DELSTRIGO.....	40	DIFFERIN.....	166
CYSTARAN.....	92	DELSYM.....	103	DIFCID.....	46
cytarabine.....	22	DELSYM COUGH CHILDRENS....	103		

diflunisal	30	duloxetine hcl	115	ENPRESSE-28	63
difluprednate	91	DUPIXENT	24	ENSKYCE	63
digoxin	54	dutasteride	84	ENSTILAR	168
dihydroergotamine mesylate	120	dutasteride-tamsulosin hcl	84	entacapone	109
DILANTIN	111	D-VI-SOL	142	entecavir	44
DILANTIN INFATABS	111	DYNA-HEX 4	171	ENTRESTO	52
diltiazem hcl	52	e 1000	142	enulose	79
diltiazem hcl er	52	E.E.S. 400	46	EPCLUSA	44
diltiazem hcl er beads	51	e200	142	EPIDIOLEX	111
diltiazem hcl er coated beads	51	e-200	142	epinephrine	100
dilt-xr	52	e-400	142	epinephrine (anaphylaxis)	54
DINO-LIFE	142	ear drops	173	EPITOL	111
diphen	96	ear drops earwax aid	173	EPIVIR HBV	44
diphenhist	96	earwax removal	173	eplerenone	49
diphenhydramine hcl	96	earwax removal kit	173	EPRONTIA	112
diphenhydramine hcl childrens	96	ec-naproxen	30	epsom salt	79
diphenhydramine-zinc acetate	171	ECOTRIN	34	eq calcium 500+d	131
diphenoxylate-atropine	76	ECOTRIN ARTHRITIS PAIN	34	eq calcium citrate+d	131
diphtheria-tetanus toxoids dt	28	ECOTRIN LOW STRENGTH	34	eq complete multivit adult 50+	142
dipyridamole	89	ed chlorped jr	96	eq complete multivitamin child	142
disney cars gummies	142	ed-a-hist dm	103	eq complete multivitamin-adult	142
disney princess gummies	142	ed-apap	34	eq cough dm	103
disopyramide phosphate	49	EDURANT	38	eq lice killing max st	169
disulfiram	122	efavirenz	38	eq multivitamin gummies	142
divalproex sodium	111	efavirenz-emtricitab-tenofo df	40	eq one daily mens 50+	142
divalproex sodium er	111	efavirenz-lamivudine-tenofovir	40	eq one daily mens health	142
DML FORTE	171	ELDERTONIC	142	eq one daily womens health	142
docetaxel	23, 24	ELFOLATE PLUS	142	eq therapeutic moisturizing	171
docu	78	ELIGARD	21	eql all day allergy	96
DOCU LIQUID	78	ELINEST	63	eql allergy/congestion relief	103
docusate calcium	78	ELIQUIS	85	eql antacid/anti-gas	73
docusate mini	78	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	85	eql b complex 50	142
docusate sodium	78	ELLENCE	22	eql b-6	142
DOCUSOL MINI	79	ELURYNG	63	eql calcium citrate/vitamin d	131
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA	79	EMCYT	21	eql calcium citrate/vitamin d3	131
dofetilide	49	EMERGEN-C VITAMIN C	142	eql calcium/vitamin d	131
DOK	79	EMOLLIA-CREME	171	eql century	143
donepezil hcl	114	emollient base	56	eql century mature	142
DOPTELET	85	EMOQUETTE	63	eql century mature adults 50+	142
dorzolamide hcl	89	EMSAM	115	eql century mens	143
dorzolamide hcl-timolol mal	89	emtricitabine	38	eql child multivit/minerals	143
DOTTI	70	emtricitabine-tenofovir df	40	eql coq10	125
DOVATO	40	EMTRIVA	38	eql iron supplement therapy	86
doxazosin mesylate	50	EMVERM	42	eql one daily mens 50+ advance	143
doxepin hcl	115, 121	enalapril maleate	55	eql one daily mens health	143
doxorubicin hcl	22	enalapril-hydrochlorothiazide	53	eql one daily womens 50+ adv	143
doxorubicin hcl liposomal	22	ENBREL	24	eql slow release iron	86
DOXY 100	48	ENBREL MINI	24	eql super b complex/vitamin c	143
doxycycline hyclate	48	ENBREL SURECLICK	24	eql vision formula	143
doxycycline monohydrate	48	ENDARI	86	eql vitamin b-12	143
DRISDOL	142	ENDOCET	31	eql vitamin b-12 tr	143
DRIZALMA SPRINKLE	115	ENDUR-ACIN	142	eql vitamin c	143
dronabinol	75	ENDUR-C	142	eql vitamin c/rose hips	143
drospirenen-eth estrad-levomefol	63	enema	79	eql vitamin d3	143
drospirenen-ethinyl estradiol	63	enema ready-to-use	79	eql vitamin e	143
DROXIA	85	ENEMEEZ MINI	79	ergocalciferol	143
droxidopa	54	ENEMEEZ PLUS	79	ergotamine-caffeine	120
DRY EYE FORMULA	142	ENFAMIL ENFALYTE	128	ERIVEDGE	16
dry eye relief drops	92	ENGERIX-B	28	ERLEADA	21
dss	79	enoxaparin sodium	85	erlotinib hcl	16

ERRIN	63	FANAPT TITRATION PACK	117	FLINTSTONES GUMMIES PLUS..	143
ertapenem sodium	42	FARXIGA	59	FLINTSTONES PLUS CALCIUM...	144
ery	166	FASENRA	100	FLINTSTONES SOUR GUMMIES	144
ERY-TAB	46	FASENRA PEN	100	FLINTSTONES W/IRON	144
ERYTHROCIN LACTOBIONATE	46	felbamate	112	FLINTSTONES/MY FIRST	144
ERYTHROCIN STEARATE	46	felodipine er	52	FLORIVA PLUS	144
erythromycin	47, 90, 166	FEMYNOR	64	FLOVENT DISKUS	101
erythromycin base	46, 47	fenofibrate	50	FLOVENT HFA	101
erythromycin ethylsuccinate	47	fenofibrate micronized	50	fluconazole	41
erythromycin lactobionate	47	fentanyl	32	fluconazole in sodium chloride	40
escitalopram oxalate	115	fentanyl citrate	31	flucytosine	41
esomeprazole magnesium	78	FERAHEME	87	fludrocortisone acetate	70
ESSENTIA	143	FERATE	87	flunisolide	101
essential balance	143	FERGON	87	fluocinolone acetonide	94, 168
ESTARYLLA	63	FERIVA 21/7	87	fluocinolone acetonide body	168
ESTER-C	143	FERIVAFYA	87	fluocinolone acetonide scalp	168
estradiol	70	ferocon	87	fluocinonide	168, 169
estradiol valerate	70	FEROSUL	87	fluocinonide emulsified base	168
estradiol-norethindrone acet	70	FERRALET 90	87	fluorometholone	91
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT	143	ferretts	87	fluorouracil	22, 171
eszopiclone	121	FERREX 150	87	fluoxetine hcl	116
ethambutol hcl	39	ferric x-150	87	fluphenazine decanoate	117
ethosuximide	112	FERRLECIT	87	fluphenazine hcl	117
ethynodiol diac-eth estradiol	63	ferrous fumarate	87	flurbiprofen	30
etodolac	30	ferrous gluconate	87	flurbiprofen sodium	91
etodolac er	30	ferrous sulfate	87	fluticasone propionate	101, 169
etonogestrel-ethinyl estradiol	64	fesoterodine fumarate er	84	fluvoxamine maleate	110
etoposide	24	FETZIMA	115, 116	folate	144
etravirine	38	FETZIMA TITRATION	116	folbee	144
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND	171	FEVERALL ADULTS	34	folbee plus	144
EUCERIN CALMING DAILY MOIST	171	FEVERALL CHILDRENS	34	FOLBIC	144
EUCERIN PLUS	171	FEVERALL INFANTS	34	folic acid	144
EUCERIN SKIN CALMING	171	FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	34	FOLIFLEX	144
EULEXIN	21	fexofenadine hcl	97	folika-mg	144
EUTHYROX	57	FIASP	61	FOLITAB 500	87
EVAC-U-GEN	79	FIASP FLEXTOUCH	61	folite	144
everolimus	16, 27	FIASP PENFILL	61	FOLITIN-Z	144
EVOTAZ	40	fiber	79	FOLIVANE-F	87
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE	61	fiber laxative	79	FOLIVANE-PLUS	87
exemestane	21	fiber laxative + calcium	79	FOLIXAPURE	144
EXKIVITY	16	fiber-lax	79	folplex 2.2	144
eye health + lutein	143	finasteride	85	FOLTABS 800	144
eye multivitamin/lutein	143	fingolimod hcl	122	FOLTANX	144
eye multivitamin/sodium	143	FINTEPLA	112	FOLTRATE	144
eyeprotect	143	FINZALA	64	FOLTREXYL	144
EYSUVIS	91	first aid antibiotic	167	fondaparinux sodium	85
ezetimibe	50	first aid antiseptic	171	FORTAVIT	144
ezetimibe-simvastatin	50	FLAC	94	FORTEO	71
fabb	143	FLAREX	91	fosamprenavir calcium	38
FABRAZYME	68	FLEBOGAMMA DIF	26	FOSFREE	144
FALMINA	64	flecainide acetate	49	fosinopril sodium	55
famciclovir	44	FLEET ENEMA	79	fosinopril sodium-hctz	53
famotidine	72	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA	143	FOTIVDA	16
famotidine (pf)	72	FLINSTONES COMPLETE	143	FREAMINE III	134
famotidine premixed	72	FLINSTONES GUMMIES	143	freedavite	144
FANAPT	117	FLINSTONES GUMMIES BONE	143	fruit c 500	144
		BUILD	143	fruity c	144
		FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE	143	fruity chews	144
				full spectrum b/vitamin c	144
				fulvestrant	21

FUNGOID TINCTURE	165
furosemide	53
FUSION	87
FUSION PLUS	87
FUZEON	38
FYAVOLV	70
FYCOMPA	112
gabapentin	112
galantamine hydrobromide	114
galantamine hydrobromide er	114
GAMASTAN	26
GAMMAGARD	26
GAMMAGARD S/D LESS IGA	26
GAMMAKED	26
GAMMAPLEX	26
GAMUNEX-C	26
ganciclovir sodium	44
GARDASIL 9	28
gas relief	76
gas relief drops infants	76
gas relief extra strength	76
gas relief infants	76
gas relief ultra strength	76
GAS-X EXTRA STRENGTH	76
GAS-X ULTRA STRENGTH	76
gatifloxacin	90
GATTEX	76
gavilax	79
GAVILYTE-C	79
GAVILYTE-G	79
GAVRETO	16
gefitinib	16
gemcitabine hcl	22
gemfibrozil	50
GEMTESA	84
genadek step 1	144
genadek step 2	144
generlac	79
GENGRAF	27
GENOTROPIN	68
GENOTROPIN MINIQUICK	68
GENTAK	90
gentamicin in saline	42
gentamicin sulfate	42, 91, 167
GENTEAL SEVERE	92
GENTEAL TEARS	92
GENTEAL TEARS MODERATE PF	92
GENTEAL TEARS PF	92
GENTEAL TEARS SEVERE	92
DAY/NIGHT	92
gentle laxative	79
gentlelax	79
GENVOYA	40
GERBER GROW MIGHTY	144
geri-dryl	97
geri-kot	79
geri-lanta	73
geri-lanta maximum strength	73
geri-mox	73
geri-pectate	74
gerivite complete	144
GILOTrif	16
glatiramer acetate	122
GLATOPA	122
GLEOSTINE	15
glimepiride	59
glipizide	59
glipizide er	59
glipizide xl	59
glipizide-metformin hcl	59
global alcohol prep ease	61
GLUCO BURST	57
glucoten	144
GLUTOSE 5	57
glycerin (adult)	79
glycerin (infants & children)	79
glycerin adult	79
glycerin childrens	79
GLYCOLAX	79
glycopyrrolate	76
GLYDO	166
GLYXAMBI	59
gnp 8 hour arthritis relief	34
gnp 8 hour pain relief	34
gnp 8 hour pain reliever	34
gnp acetaminophen	34
gnp acetaminophen ex st	34
gnp all day allergy	97
gnp all day allergy childrens	97
gnp all day allergy-d	103
gnp allergy	97
gnp allergy & congestion	103
gnp allergy childrens	97
gnp allergy relief	97
gnp allergy relief 24 hr	97
gnp allergy relief max st	97
gnp allergy/congestion relief	103
gnp antacid & anti-gas	73
gnp antacid regular strength	73
gnp antibacterial urinary pain	42
gnp anti-diarrheal	74
gnp anti-gas	76
gnp anti-itch	171
gnp antiseptic skin cleanser	171
gnp arthritis pain relief	34
gnp artificial tears	92
gnp aspirin	35
gnp aspirin low dose	35
gnp athletes foot	165
gnp bacitracin zinc	167
gnp biotin	145
gnp calamine	171
gnp calcium	131
gnp calcium 500 +d3	131
gnp calcium citrate +d3	131
gnp capsaicin	171
gnp century	145
gnp century adults 50+ senior	145
gnp century cardio health	145
gnp century mature	145
gnp century ultimate mens	145
gnp century ultimate womens	145
gnp childrens allergy	97
gnp childrens complete	145
gnp childrens ibuprofen	30
GNP CLEARLAX	79
gnp clotrimazole 3	83
gnp co q10	125
gnp cough dm er	103
gnp cough gels	103
gnp d 1000	145
gnp diabetic support formula	145
gnp ear drops	173
gnp earwax removal drops	173
gnp earwax removal kit	173
gnp electrolyte solution	128
gnp epsom salt	79
gnp essential one daily	145
gnp fiber-caps	79
gnp folic acid	145
gnp gas relief	76
gnp gas relief extra strength	76
gnp gentle laxative	80
gnp glycerin (adult)	80
gnp glycerin child	80
gnp hair/skin/nails	145
gnp healthy eyes	145
gnp healthy eyes supervision	145
gnp ibuprofen childrens	30
gnp ibuprofen infants	30
gnp infant gas relief	76
gnp infants pain/fever	35
gnp iron	87
gnp k-pec	74
gnp laxative	80
gnp lice treatment	169
gnp lidocaine pain relief	171
gnp little ones childrens	145
gnp loratadine	97
gnp loratadine childrens	97
gnp lubricating plus eye drops	92
gnp mega multi for men	145
gnp mega multi for women	145
gnp melatonin	125
gnp melatonin maximum strength	125
gnp miconazole 3	83
gnp miconazole 7	83
gnp miconazorb af	165
gnp milk of magnesia	80
gnp mucus er	103
gnp mucus relief	103
gnp nasal decongestant	103
gnp nasal decongestant pe	103
gnp nasal four spray	103
gnp nasal spray	103
gnp nasal spray extra moist	103
gnp nasal spray fast acting	103
gnp natural fiber	80
gnp nicotine	123
gnp nicotine mini	122

gnp nicotine polacrilex	123	goodsense antacid & gas relief.....	73	healthy eyes/lutein	146
gnp no drip nasal spray.....	103	goodsense arthritis pain.....	35	healthy eyes/lutein-zeaxanthin	146
gnp nose drops extra strength.....	103	goodsense artificial tears.....	92	healthy hair/skin/nails	146
gnp one daily maximum	145	goodsense aspirin	35	healthy kids gummies	146
gnp one daily mens health 50+	145	goodsense aspirin adults	35	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
gnp one daily mens/lycopene	145	goodsense aspirin low dose	35	ACHE	35
gnp one daily plus iron	145	goodsense bisacodyl laxative	80	HEALTHYLAX	80
gnp one daily womens	145	GOODSENSE CLEARLAX	80	HEATHER	64
gnp one daily womens 50+	145	goodsense cough dm	104	h-e-b oral electrolyte	128
gnp pain & fever childrens	35	goodsense cough dm childrens	104	hematinic/folic acid	87
gnp pain & fever infants	35	goodsense epsom salt	80	HEMATOGEN	87
gnp pain relief	35	goodsense ibuprofen childrens	30	HEMATOGEN FA	87
gnp pain relief extra strength	35	goodsense ibuprofen infants	30	HEMATOGEN FORTE	87
gnp pain relief nighttime	123	goodsense lubricating eye drop	92	HEMOCYTE PLUS	87
gnp pediatric electrolyte	128	goodsense mucus er maximum str	104	HEMOCYTE-F	87
gnp petroleum jelly	56	goodsense nicotine	123	heparin (porcine) in nacl	85
gnp pink bismuth	74	goodsense pain & fever child	35	heparin sod (porcine) in d5w	85
gnp prenatal	145	goodsense pain & fever infants	35	heparin sodium (porcine)	85
gnp pseudoephedrine hcl 12 hr	104	goodsense pain relief	35	HEPLISAV-B	28
gnp senna lax	80	goodsense pain relief extra st	35	HERCEPTIN	16
gnp senna plus	80	goodsense senna laxative	80	HERCEPTIN HYLECTA	16
gnp stomach relief	74	goodsense stimulant laxative	80	HERZUMA	16
gnp stool softener	80	goodsense stomach relief	74	HIBERIX	28
gnp stool softener ex st	80	goodsense tussin cf	104	high pot multivitamin/beta-car	146
gnp stool softener/laxative	80	goodsense ultra lubricant drop	92	high potency multivit/fa	146
gnp suphedrin	104	granisetron hcl	75	high potency multivitamin	146
gnp terbinafine hydrochloride	165	grape flavor	56	HISTEX-AC	104
gnp therapeutic-m	145	griseofulvin microsize	41	hm acetaminophen childrens	35
gnp tolnaftate	165	griseofulvin ultramicrosize	41	hm adult aspirin	35
gnp triple antibiotic	167	guaiatussin ac	104	hm advanced antacid max st	73
gnp triple antibiotic plus	167	guaifenesin	104	hm all day allergy	97
gnp tussin of cough & cold	104	guaifenesin ac	104	hm all day allergy childrens	97
gnp tussin cough long acting	104	guaifenesin-codeine	104	hm allergy & congestion	104
gnp tussin dm	104	guaifenesin-dm	104	hm allergy complete-d	104
gnp tussin dm cough	104	guanfacine hcl	54	hm allergy relief	97
gnp tussin mucus & chest cong	104	guanfacine hcl er	125	hm allergy relief (cetirizine)	97
gnp vitamin a	145	GUMMI BEAR		hm allergy relief childrens	97
gnp vitamin b-1	145	MULTIVITAMIN/MIN	146	hm allergy relief/nasal decong	104
gnp vitamin b-12	145	GVOKE HYPOPEN 2-PACK	58	hm animal shapes	146
gnp vitamin b-6	145	GVOKE KIT	58	hm antacid	73
gnp vitamin c	145	GVOKE PFS	58	hm antacid anti-gas ex st	73
gnp vitamin c drops	145	H2Q	126	hm anti-diarrheal	74
gnp vitamin c w/rose hips	145	HAEGARDA	86	hm antioxidant vitamins	146
gnp vitamin c/rose hips	146	HAILEY 1.5/30	64	hm antiseptic skin cleanser	171
gnp vitamin d	146	HAILEY 24 FE	64	hm arthritis pain relief	35
gnp vitamin d maximum strength	146	hair formula extra strength	146	hm aspirin	35
gnp vitamin d super strength	146	hair skin & nails advanced	146	hm aspirin ec	35
gnp vitamin d3	146	hair skin nails	146	hm aspirin ec low dose	35
gnp vitamin d3 extra strength	146	hair/skin/nails	146	hm bacitracin zinc	167
gnp vitamin d-400	146	hair/skin/nails/biotin	146	hm biotin	146
gnp vitamin e	146	HALLS DEFENSE VITAMIN C		hm calamine	171
gnp womens gentle laxative	80	DROPS	146	hm calcium citrate+d3 petite	131
gnp zinc oxide	171	halobetasol propionate	169	hm calcium citrate+vitamin d	131
GOLD BOND ULTIMATE		haloperidol	118	hm calcium-vitamin d	131
HEALING	171	haloperidol decanoate	117	hm cetirizine hcl	97
GOLYTELY	80	haloperidol lactate	118	HM CLEARLAX	80
GONAK	92	HARVONI	44	hm complete	146
goodsense all day allergy	97	HAVRIX	28	hm complete 50+	146
goodsense aller-ease	97	healthy eyes	146	hm complete 50+ mens ultimate	146
goodsense allergy relief	97	healthy eyes supervision 2	146	hm complete 50+ women ultimate .	146

hm complete men.....	146	hm vitamin b-12.....	147	ICLUSIG	17
hm complete women.....	147	hm vitamin b6.....	147	IDHIFA.....	17
hm coq10.....	126	hm vitamin c.....	147	IFEREX 150.....	87
hm cough dm.....	104	hm vitamin c/rose hips.....	147	ILEVRO	91
hm dry eye relief.....	92	hm vitamin d.....	147	imatinib mesylate.....	17
hm enema.....	80	hm vitamin d3.....	147	IMBRUVICA.....	17
hm fexofenadine hcl.....	97	hm vitamin e	147	imipenem-cilastatin.....	42
hm folic acid.....	147	hm womens 50+ advanced daily...	147	imipramine hcl.....	116
hm gas relief.....	76	HUMIRA	25	imiquimod.....	171
hm gas relief extra strength.....	76	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		immune support.....	147
hm gas relief infants drops.....	76	START	24	IMMUNERX.....	147
hm gentle laxative.....	80	HUMIRA PEN.....	24	IMOVAZ RABIES	28
hm hair/skin/nails.....	147	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INBRIJA.....	109
hm ibuprofen childrens.....	30	STARTER.....	24	INCASSIA.....	64
hm ibuprofen infants.....	30	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRELEX.....	68
hm laxative	80	START	24	INCRUSE ELLIPTA.....	95
hm lice killing max st.....	169	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		indapamide	54
hm lice treatment.....	169	START	25	INFANRIX	28
hm lidocaine patch.....	171	HUMIRA PEN-PSOR/UVEIT		INFANTS ADVIL	31
hm loratadine	97	STARTER.....	25	infants gas relief.....	76
hm loratadine childrens	97	HUMULIN R U-500		infants ibuprofen	31
hm lubricating plus.....	92	(CONCENTRATED).....	61	infants simethicone	76
hm lubricating tears.....	92	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INFED	88
hm mens 50+ advanced one daily.	147	HYCODAN	105	infliximab	25
hm milk of magnesia.....	80	hydralazine hcl	54	INFUVITE ADULT	147
hm mucus relief.....	104	HYDRALYTE	128	INFUVITE PEDIATRIC	147
hm mucus relief max st.....	104	HYDRASYN25.....	171	INGREZZA	120
hm nasal decongestant	104	hydrochlorothiazide	54	INJECTAFER	88
hm nasal decongestant 12 hour.....	104	hydrocodone poli-chlorphe poli er.....	105	INLYTA	17
hm nasal decongestant pe	104	hydrocodone bitartrate er.....	32	INQOVI	22
hm nasal spray.....	104	hydrocodone bit-homatrop mbr.....	105	INREBIC	17
hm niacin.....	147	hydrocodone-acetaminophen.....	32	INTEGRA	88
hm niacin tr	147	hydrocodone-ibuprofen	32	INTEGRA F	88
hm nicotine	123	hydrocortisone	71, 77, 169	INTEGRA PLUS	88
hm nicotine polacrilex	123	hydrocortisone (perianal)	171	INTELENCE	38
hm nose drops	104	hydromet	105	INTRALIPID	134
hm one daily mens	147	hydromorphone hcl	32	INTRON A	26
hm one daily womens	147	hydrous emulsified base	56	INTROVALE	64
hm pain & fever childrens	35	hydroxocobalamin acetate	147	INVEGA HAFYERA	118
hm pain & fever infants	35	hydroxychloroquine sulfate	27	INVEGA SUSTENNA	118
hm pain relief.....	35	hydroxyurea	23	INVEGA TRINZA	118
hm pain relief extra strength	35	hydroxyzine hcl	97	IPOL	28
hm pain relieve child dye-free	35	hydroxyzine pamoate	98	ipratropium bromide	95
hm pain reliever	36	hylazinc	147	ipratropium-albuterol	99
hm pain reliever childrens	36	HYSINGLA ER	32	irbesartan	49
hm pain reliever infants	36	ibandronate sodium	71	irbesartan-hydrochlorothiazide	52, 53
hm pediatric electrolyte	128	IBRANCE	16	IRESSA	17
hm petroleum jelly	56	IBU	30	irinotecan hcl	23
hm povidone-iodine	171	ibuprofen	31	iron	88
hm senna	80	ibuprofen childrens	30	iron 27	88
hm sinus nasal spray	105	ibuprofen infants	31	iron chews pediatric	88
hm stomach relief	74	ibuprofen junior strength	31	iron high-potency	88
hm stool softener	80	ICAPS	147	iron supplement	88
hm stool softener/laxative	80	ICAPS AREDS FORMULA	147	IS-D 10,000	147
hm super vitamin b complex/c	147	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	147	ISENTRESS	38
hm triple antibiotic	167	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN	147	ISENTRESS HD	38
hm triple antibiotic max st.....	167	ICAPS MV	147	ISIBLOOM	64
hm tussin adult	105	ICAR	87	ISOLYTE-P IN D5W	126
hm tussin adult dm	105	icatibant acetate	86	ISOLYTE-S	126
hm tussin adult multi-symptom	105	ICLEVIA	64	ISOLYTE-S PH 7.4	126

isoniazid	39	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	23	LARIN 1.5/30.....	64
ISOPTO ATROPINE.....	92	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	23	LARIN 1/20.....	64
ISOPTO TEARS	92	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	23	LARIN 24 FE.....	64
isosorbide dinitrate	55	KLOR-CON	127	LARIN FE 1.5/30.....	64
isosorbide mononitrate	55	KLOR-CON 10	127	LARIN FE 1/20.....	64
isosorbide mononitrate er	55	KLOR-CON M10	127	latanoprost	90
isotretinoin	166	KLOR-CON M15	127	LATUDA	118
isradipine	52	KLOR-CON M20	127	laxacin	81
itch relief extra strength	171	KLS ALLERCLEAR D-24HR	105	laxative	81
itraconazole	41	KLS ALLER-TEC D	105	laxative max str	81
ivermectin	42	kobee	147	LAYOLIS FE	64
i-vite	147	konsyl daily fiber	80	leader finger cream	171
i-vite protect	147	KORLYM	68	LEENA	64
IXIARO	28	kp adults 50+ daily formula	147	leflunomide	27
JAKAFI	17	kp adults daily formula	147	lenalidomide	23
JANTOVEN	85	kp b complex-c	148	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET	59	kp bisacodyl	80	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET XR	59	kp calcium 600+d	131	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18
JANUVIA	59	kp calcium citrate+d	131	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18
JARDIANCE	59	kp calcium-magnesium-zinc	131	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18
JASMIEL	64	kp ferrous gluconate	88	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18
JAVYGTOR	68	kp ferrous sulfate	88	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE)....	18
JAYPIRCA	17	kp folic acid	148	LESSINA	64
JENTADUETO	59	kp melatonin	126	letrozole	21
JENTADUETO XR	59	kp mens 50+ daily formula	148	leucovorin calcium	22
JINTELI	70	kp mens daily formula	148	LEUKERAN	15
JOLESSA	64	kp niacin	148	leuprolide acetate	21
JULEBER	64	kp prenatal multivitamins	148	levalbuterol hcl	95
JULUCA	40	kp pseudoephedrine hcl	105	LEVEMIR	61
JUNEL 1.5/30	64	kp senna	80	LEVEMIR FLEXPEN	61
JUNEL 1/20	64	KP VISION FORMULA	148	LEVEMIR FLEXTOUCH	61
JUNEL FE 1.5/30	64	KP VISION FORMULA/LUTEIN	148	levetiracetam	112
JUNEL FE 1/20	64	kp vitamin b-12	148	levetiracetam er	112
JUNEL FE 24	64	kp vitamin b-6	148	levetiracetam in nacl	112
just 4 kidz multivit/probiotic	147	kp vitamin d	148	levobunolol hcl	90
JUST D	147	kp vitamin d3	148	levocarnitine	69
KACDYLA	17	kp womens 50+ daily formula	148	levocetirizine dihydrochloride	98
KAITLIB FE	64	kp womens daily formula	148	levofloxacin	47
KALYDECO	100	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST	148	levofloxacin in d5w	47
KANJINTI	17	KRAZATI	17	LEVONEST	64
KARIVA	64	KURVELO	64	levonorgest-eth est & eth est	65
kcl in dextrose-nacl	126	labetalol hcl	51	levonorgest-eth estrad 91-day	65
KELNOR 1/35	64	lacosamide	112	levonorgestrel-ethinyl estrad	65
KELNOR 1/50	64	lactated ringers	126	levonorg-eth estrad triphasic	65
KERADAN	171	LACTINOL HX	171	LEVORA 0.15/30 (28)	65
KERENDIA	49	lactulose	81	levothyroxine sodium	57
KERR TRIPLE DYE SWABS	171	lactulose encephalopathy	81	LEVOXYL	57
KESIMPTA	122	LAMISIL AT	165	LEXIVA	38
ketoconazole	41, 165, 168	lamivudine	38, 44	lice killing	169
KETO-DIASTIX	68	lamivudine-zidovudine	40	lice killing maximum strength	169
ketorolac tromethamine	91	lamotrigine	112	lice treatment creme rinse	169
KEVZARA	25	lamotrigine er	112	lidocaine	166
KEYTRUDA	17	lansoprazole	78	lidocaine hcl	37, 166
KINDERLYTE	128	LANTUS	61	lidocaine hcl (pf)	37
KINDERLYTE PREMAX	128	LANTUS SOLOSTAR	61	lidocaine pain relief	171
KINRIX	28	lapatinib ditosylate	17	lidocaine pain relieving	172
KISQALI (200 MG DOSE)	17			lidocaine viscous hcl	164
KISQALI (400 MG DOSE)	17			lidocaine-prilocaine	167
KISQALI (600 MG DOSE)	17				

LILLOW	65	LYSIPLEX PLUS	148	memantine hcl er	114
linezolid	42	LYSODREN	21	MENACTRA	28
linezolid in sodium chloride	42	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE)	18	MENQUADFI	28
LINZESS	76	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE)	18	mens 50+ advanced	148
liothyronine sodium	57	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE)	18	mens daily formula lycopene	148
liquid acetaminophen	36	LYZA	65	mens multi vitamin & mineral	148
liquid allergy relief	98	MACULAR HEALTH FORMULA	148	mens multivitamin	148
liquid pain relief	36	MACUVITE	148	MENVEO	28
lisinopril	55	MACUVITE EYE CARE	148	MEPHYTON	148
lisinopril-hydrochlorothiazide	53	MACUVITE/LUTEIN	148	mercaptopurine	22
lithium carbonate	120	MAG64	131	MERIBIN	148
lithium carbonate er	120	mag-al plus	73	meropenem	42
l-methylfolate calcium	148	mag-al plus xs	73	mesalamine	77, 78
l-methylfolate-b6-b12	148	MAGDELAY	131	mesalamine er	77
l-methyl-mc	148	magdelay	131	mesalamine-cleanser	78
l-methyl-mc nac	148	mag-g	131	MESNEX	22
LOESTRIN 1.5/30 (21)	65	MAGNEBIND 300	131	METADATE ER	125
LOESTRIN 1/20 (21)	65	MAGNEBIND 400	131	METAFOLBIC	149
LOESTRIN FE 1.5/30	65	magnesium gluconate	131	METAFOLBIC PLUS	149
LOESTRIN FE 1/20	65	magnesium oxide	73, 131	metformin hcl	60
lohist-dm	105	magnesium oxide -mg supplement	131	metformin hcl er	59
LOKELMA	58	magnesium sulfate	126, 127	methadone hcl	33
LOMAIRA	123	magnesium sulfate in d5w	126	METHADONE HCL INTENSOL	33
LONSURF	22	MAGNESIUM-OXIDE	132	methazolamide	54
loperamide hcl	74, 76	MAGOX 400	132	methenamine hippurate	42
lopinavir-ritonavir	40	malathion	169	methimazole	57
loradamed	98	manganese chloride	132	methocarbamol	110
loratadine	98	mapap	36	methotrexate sodium	22, 27
loratadine childrens	98	mapap arthritis pain	36	methotrexate sodium (pf)	22
loratadine-d 12hr	105	MAPAP CHILDRENS	36	methsuximide	112
loratadine-d 24hr	105	maraviroc	38	methylphenidate hcl	125
lorazepam	110	MAR-COF CG EXPECTORANT	105	methylphenidate hcl er	125
LORAZEPAM INTENSOL	110	marlissa	65	methylprednisolone	71
LORBRENA	18	MARPLAN	116	methylprednisolone acetate	71
LORYNA	65	MATULANE	23	methylprednisolone sodium succ	71
losartan potassium	49	MAVYRET	44	metoclopramide hcl	75
losartan potassium-hctz	53	MAXIMUM D3	148	metolazone	54
LOTEMAX	91	maximum daily green	148	metoprolol succinate er	51
lovastatin	50	maxi-tuss ac	105	metoprolol tartrate	51
LOW-OGESTREL	65	maxi-tuss cd	105	metoprolol-hydrochlorothiazide	51
loxapine succinate	118	maxi-tuss g	105	metronidazole	42, 83, 172
lubricant eye drops	93	maxi-tuss gmx	105	metyrosine	54
lubricant eye drops (pf)	93	m-clear wc	105	mgo	132
lubricant eye drops pf	93	m-dryl	98	MIBELAS 24 FE	65
lubricating eye drops	93	meclizine hcl	75	micafungin sodium	41
lubricating plus eye drops	93	medi-first triple antibiotic	167	miconazole 3 combo pack app	83
lubricating tears eye drops	93	MEDPURA ZINC OXIDE	172	miconazole 3 combo-supp	83
LUMAKRAS	18	medroxyprogesterone acetate	65, 71	miconazole 7	83
LUMIGAN	90	mefloquine hcl	43	miconazole antifungal	165
LUMIZyme	69	MEGA MULTI MEN	148	miconazole nitrate	83, 165
LUPRON DEPOT (1-MONTH)	21	mega vm-80	148	MICOTRIN AC	165
LUPRON DEPOT (3-MONTH)	21	megavite fruits & veggies	148	MICOTRIN AP	165
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH)	69	megavite golden years 55+	148	microderm base	56
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH)	69	megestrol acetate	21, 71	MICROGESTIN 1.5/30	65
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH)	69	MEKINIST	18	MICROGESTIN 1/20	65
lurasidone hcl	118	MEKTOVI	18	MICROGESTIN 24 FE	65
LUTERA	65	melatonin	56, 126	MICROGESTIN FE 1.5/30	65
LYLEQ	65	melatonin maximum strength	126	MICROGESTIN FE 1/20	65
LYLLANA	70	meloxicam	31	MICROSOME BASE	56
LYNPARZA	18	memantine hcl	114, 115	midodrine hcl	54

<i>miglustat</i>	69	<i>multi vitamin</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION	
MILI.....	65	<i>multi vitamin daily</i>	149	D5000.....	150
<i>milk of magnesia</i>	81	<i>multi vitamin w/d-3</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION	
MILLTRIUM SENIOR.....	149	<i>multi vitamin/minerals</i>	149	MINIS.....	150
MIMVEY.....	70	MULTI-BETIC DIABETES.....	149	<i>myamulti</i>	151
<i>minocycline hcl</i>	48	<i>multi-day</i>	149	<i>mycophenolate mofetil</i>	27
<i>minoxidil</i>	54	<i>multi-day plus iron</i>	149	<i>mycophenolate sodium</i>	27
MINTOX.....	73	<i>multi-day plus minerals</i>	149	MYCOZYL AC.....	165
<i>mintox maximum strength</i>	73	MULTIGEN.....	88	MYCOZYL AP.....	165
MINTOX PLUS.....	73	MULTIGEN PLUS.....	88	<i>myferon 150</i>	88
MIRALAX.....	81	<i>multilex</i>	149	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	73
<i>mirtazapine</i>	116	<i>multilex-t</i>	149	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	77
<i>misoprostol</i>	76	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	127	<i>mynephrocaps</i>	151
MITIGARE.....	37	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	127	MYNEPHRON.....	151
M-M-R II.....	28	<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	149	MYRBETRIQ.....	84
<i>m-natal plus</i>	127	<i>multiple vitamin</i>	149	<i>my-vitalife</i>	151
<i>moexipril hcl</i>	55	<i>multiple vitamins</i>	149	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	88
<i>moisturizing cream</i>	172	<i>multiple vitamins/iron</i>	149	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	81
<i>molindone hcl</i>	118	<i>multipro</i>	149	<i>nabumetone</i>	31
<i>mometasone furoate</i>	169	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	149	<i>nadolol</i>	51
MONISTAT 3 COMBINATION		<i>multivitamin</i>	150	<i>nafcillin sodium</i>	48
PACK.....	83	<i>multi-vitamin</i>	150	NAGLAZYME.....	69
MONISTAT 3 COMBO PACK APP ..	83	<i>multivitamin & mineral</i>	149	<i>nalbuphine hcl</i>	32
MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	83	<i>multivitamin adult</i>	149	<i>naloxone hcl</i>	123
MONJUVI.....	18	<i>multivitamin adult (minerals)</i>	149	<i>naltrexone hcl</i>	123
MONOFERRIC.....	88	<i>multivitamin adult extra c</i>	149	NAMZARIC.....	115
MONO-LINYAH.....	65	<i>multivitamin adults</i>	149	NAPHCON-A.....	89
<i>montelukast sodium</i>	101	<i>multivitamin adults 50+</i>	149	<i>naproxen</i>	31
<i>morpheine sulfate</i>	32	<i>multivitamin childrens (wl fa)</i>	149	<i>naproxen sodium</i>	31
<i>morpheine sulfate (concentrate)</i>	32	<i>multi-vitamin daily</i>	150	<i>naratriptan hcl</i>	120
<i>morpheine sulfate (pf)</i>	32	<i>multi-vitamin gummies</i>	150	<i>nasal decongestant</i>	106
<i>morpheine sulfate er</i>	33	<i>multivitamin gummies adult</i>	150	<i>nasal decongestant max st</i>	106
MOVANTIK.....	76	<i>multivitamin gummies mens</i>	150	<i>nasal decongestant pe</i>	106
<i>moxifloxacin hcl</i>	47, 91	<i>multivitamin gummies womens</i>	150	<i>nasal decongestant pe max st</i>	106
<i>m-pap</i>	36	<i>multivitamin men</i>	150	<i>nasal decongestant spray</i>	106
MTX SUPPORT.....	149	<i>multivitamin men 50+</i>	150	<i>nasal four</i>	106
MUCINEX.....	105	<i>multi-vitamin monocaps</i>	150	<i>nasal relief</i>	106
MUCINEX CHILDRENS STUFFY		<i>multivitamin women</i>	150	<i>nasal spray 12 hour</i>	106
NOSE.....	105	<i>multivitamin women 50+</i>	150	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	106
MUCINEX DM.....	105	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	150	<i>nasal spray no drip</i>	106
MUCINEX FAST-MAX CHEST		<i>multivitamin/extra vitamin d3</i>	150	NASCOBAL.....	151
CONG MS.....	105	<i>multivitamin/fluoride</i>	150	NATACYN.....	91
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	105	<i>multi-vitamin/iron</i>	150	<i>nateglinide</i>	60
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>multi-vitamin/minerals</i>	150	NATPARA.....	71
COOL.....	106	<i>multivitamin/zinc stress</i>	150	<i>natural c/rose hips</i>	151
MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamin-minerals</i>	150	<i>natural fiber laxative</i>	81
SINUS/ALLRGY.....	106	<i>multi-vitamins</i>	150	<i>natural senna laxative</i>	81
<i>mucus & chest congestion</i>	106	<i>multivitamins plus iron child</i>	150	<i>natural vitamin d-3</i>	151
<i>mucus relief</i>	106	<i>multivitamins/minerals adult</i>	150	NAYZILAM.....	112
<i>mucus relief dm</i>	106	<i>multi-vite</i>	150	<i>nebivolol hcl</i>	51
<i>mucus relief er</i>	106	<i>multivit-min gummies childrens</i>	150	NECON 0.5/35 (28).....	65
<i>mucus relief max st</i>	106	<i>mupirocin</i>	167	<i>nefazodone hcl</i>	116
MULTAQ.....	49	<i>MURINE EAR</i>	173	<i>neomycin sulfate</i>	42
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	149	<i>MURO 128</i>	93	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	91
<i>multi adult gummies</i>	149	<i>MVASI</i>	18	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	90
<i>multi complete/iron</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	91
<i>multi for her</i>	149	151	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	90, 94
<i>multi for her 50+</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION		NEO-POLYCIN.....	91
MULTI FOR HIM.....	149	D3000.....	150	NEO-POLYCIN HC.....	90
<i>multi for him 50+</i>	149	<i>neovite</i>	151		

NEPHPLEX RX	151	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	70	OCUVITE EXTRA	151
NEPHRON FA	88	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	66	OCUVITE EYE + MULTI	151
NEPHRO-VITE	151	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	66	OCUVITE EYE HEATLH	
NEPHRO-VITE RX	151	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	66	GUMMIES	151
NERLYNX	18	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	66	OCUVITE-LUTEIN	151
<i>neti pot sinus wash</i>	100	NORLYROC	66	ODEFSEY	40
NEUPRO	109	NORPACE CR	49	ODOMZO	18
NEUTROGENA HAND	172	NORTEMP	36	OFEV	100
<i>nevirapine</i>	38	<i>nortemp infants</i>	36	<i>ofloxacin</i>	91, 95
<i>nevirapine er</i>	38	NORTREL 0.5/35 (28)	66	OGIVRI	18
NEXAVAR	18	NORTREL 1/35 (21)	66	<i>olanzapine</i>	118
<i>niacin</i>	151	NORTREL 1/35 (28)	66	<i>olmesartan medoxomil</i>	49
<i>niacin er</i>	151	NORTREL 7/7/7	66	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	53
<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	50	<i>nortriptyline hcl</i>	116	<i>olmesartanamlodipine-hctz</i>	53
<i>niacinamide</i>	151	NORVIR	38	<i>olopatadine hcl</i>	89
<i>nicardipine hcl</i>	52	<i>norwegian cod liver oil</i>	151	<i>omeprazole</i>	78
NICODERM CQ	123	NOVAFERRUM	88	<i>omnicap</i>	151
NICOMIDE	151	NOVAFERRUM 50	88	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)	62
NICORETTE	123	NOVAFERRUM PED MULTI VIT-	151	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	62
NICORETTE MINI	123	IRON	151	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3)	62
NICORETTE STARTER KIT	123	NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN	
<i>nicotinamide</i>	151	DROPS	88	3)	62
<i>nicotine</i>	123	NOVOLIN 70/30	61	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)	62
<i>nicotine mini</i>	123	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN	61	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	62
<i>nicotine polacrilex</i>	123	NOVOLIN N	61	OMNIPOD GO	62
<i>nicotine polacrilex mini</i>	123	NOVOLIN N FLEXPEN	61	<i>once daily</i>	152
<i>nicotine step 1</i>	123	NOVOLIN R	61	<i>once daily/iron</i>	152
<i>nicotine step 2</i>	123	NOVOLIN R FLEXPEN	61	ONCOVITE	152
<i>nicotine step 3</i>	123	NOVOLOG	61	<i>ondansetron</i>	75
NICOTROL	124	NOVOLOG FLEXPEN	61	<i>ondansetron hcl</i>	75
NICOTROL NS	124	NOVOLOG MIX 70/30	61	ONE A DAY MENS VITACRAVES	152
<i>nifedipine er</i>	52	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN	61	<i>one daily adults 50+</i>	152
<i>nifedipine er osmotic release</i>	52	NOVOLOG PENFILL	62	<i>one daily calcium/iron</i>	152
NIFEREX	88	NOXAFILE	41	<i>one daily complete</i>	152
NIKKI	65	NUBEQA	21	ONE DAILY ESSENTIAL	152
<i>nilutamide</i>	21	NUEDEXTA	120	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	152
<i>nimodipine</i>	52	NUFERA	88	<i>one daily for men/lycopene</i>	152
NINJACOF-XG	106	NU-IRON	88	<i>one daily for women</i>	152
NINLARO	18	NULOJIX	27	<i>one daily for women 50+ adv</i>	152
<i>nitazoxanide</i>	42	NU-MAG	132	<i>one daily healthy weight adv</i>	152
<i>nitixinone</i>	69	NUPLAZID	118	<i>one daily maximum</i>	152
NITRO-BID	55	NURTEC	120	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	152
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	42	NUTRADERM	172	<i>one daily mens health</i>	152
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	42	NUTRILIPID	134	<i>one daily multivitamin adult</i>	152
<i>nitroglycerin</i>	55	NUZYRA	49	<i>one daily multivitamin/iron</i>	152
NIVA-FOL	151	NYAMYC	165	<i>one daily womens 50 plus</i>	152
NIVEA	172	NYLIA 1/35	66	<i>one daily womens 50+</i>	152
NIVEA SOFT	172	NYLIA 7/7/7	66	<i>one daily/minerals</i>	152
NIX CREME RINSE	169	NYMALIZE	52	ONE-A-DAY ENERGY	152
<i>nizatidine</i>	72	NYMYO	66	ONE-A-DAY ESSENTIAL	152
<i>no drip nasal spray</i>	106	<i>nystatin</i>	41, 164, 165	ONE-A-DAY FOR HER	
<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	151	NYSTOP	165	VITACRAVES	152
<i>nohist-dm</i>	106	OCELLA	66	ONE-A-DAY FOR HIM	
<i>non-aspirin</i>	36	OCTAGAM	26	VITACRAVES	152
<i>non-aspirin extra strength</i>	36	<i>octreotide acetate</i>	69	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER	152
NORA-BE	66	<i>ocular vitamins</i>	151	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
<i>norethindrone ace-eth estrad-fe</i>	66	<i>ocutabs</i>	151	FORMULA	152
<i>norethindrone</i>	66	<i>ocutabs-lutein</i>	151	ONE-A-DAY MENS	152
<i>norethindrone acetate</i>	71	OCUVITE ADULT 50+	151	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)	152
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	66	OCUVITE ADULT FORMULA	151		

ONE-A-DAY MENS 50+	22	PEDIA-LAX	81
ADVANTAGE	152	PEDIALYTE	128
ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA.....	152	PEDIALYTE ADVANCED CARE ...	128
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	153	PEDIALYTE FREEZER POPS	128
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	153	PEDIALYTE SINGLES	129
ONE-A-DAY SCOOBY-DOO GUMMIES	153	PEDIARIX	29
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER	153	pediatric electrolyte	129
ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM	153	pediatric electrolyte-zinc	129
ONE-A-DAY VITACRAVES	153	PEDVAX HIB	29
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	153	peg 3350	81
ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY	153	peg 3350-kcl-na bicarb-nacl	81
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	153	peg-3350/electrolytes	81
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3	153	PEGASYS	44
ONE-A-DAY WEIGHT SMART ADVANCE	153	PEMAZYRE	19
ONE-A-DAY WOMENS	153	pemetrexed disodium	23
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS..	153	penicillamine	58
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE	153	penicillin g pot in dextrose	48
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN	153	penicillin g potassium	48
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY	153	penicillin g procaine	48
ONE-A-DAY WOMENS PETITES.	153	penicillin g sodium	48
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES	153	penicillin v potassium	48
one-daily multi caps	153	PEN-KERA	172
one-daily multi vitamins	153	PENTACEL	29
one-daily multi-vit/mineral	153	pentamidine isethionate	42, 43
one-daily multi-vitamin	153	pentoxifylline er	86
one-daily multi-vitamin/iron	153	PENTRAVAN	172
one-daily/iron	153	PENTRAVAN PLUS	172
ONELAX	81	PERIDIN-C	154
ONTRUZANT	19	perindopril erbumine	55
ONUREG	22	PERIOGARD	164
OPCON-A	89	PERIOMED	164
OPSUMIT	55	permethrin	169
optic-vites	153	perphenazine	118
OPTIFAST POST BARIATRIC	153	PERSERIS	118
OPTIMAL D3	153	petrolatum	56
optimum pms	154	PFCB	56
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG	154	PFIZERPEN	48
OPTIVITE P.M.T	154	pharbechlor	98
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ..	154	pharbedryl	98
oral electrolytes	128	PHARBETOL	36
oral suspend	56	PHARBETOL EXTRA STRENGTH ..	36
ORALYTE	128	PHARMABASE ANTIOXIDANT	56
ORALYTE FREEZER POPS	128	PHARMABASE COSMETIC	56
ORA-PLUS	56	PHARMABASE COSMETIC NATURAL	56
ORASEP	164	PHARMABASE LIGHT	56
ORGOVYX	22	PHARMABASE VAGINAL	56
ORKAMBI	100	pharmacist choice d-vitamin	154
OS-CAL	132	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	77
OS-CAL CALCIUM + D3	132	phendimetrazine tartrate	124
OS-CAL EXTRA D3	132	phendimetrazine tartrate er	124
oseltamivir phosphate	44	phenelzine sulfate	116
OTEZLA	25	phenobarbital	112
oxacillin sodium	48	phenobarbital sodium	113
oxaliplatin	15	phentermine hcl	124
oxandrolone	58	phenylephrine hcl	106
oxcarbazepine	112	PHENYTEK	113
oxybutynin chloride	84	phenytoin	113
oxybutynin chloride er	84	phenytoin sodium	113
oxycodone hcl	32	phenytoin sodium extended	113
oxycodone-acetaminophen	32		
OXYCONTIN	33		
OYSCO 500	132		
OYSCO 500+D	132		
oyster calcium	132		
oyster shell calcium	132		
oyster shell calcium + d	132		
oyster shell calcium + d3	132		
oyster shell calcium 250+d	132		
oyster shell calcium 500 + d	132		
oyster shell calcium 500+d	132		
oyster shell calcium plus d	132		
oyster shell calcium w/d	132		
oyster shell calcium/d	132		
oyster shell calcium/d3	132		
oyster shell calcium/vit d3	132		
oyster shell calcium/vitamin d	132		
OYSTERCAL	132		
OYSTERCAL-D	132		
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE)	60		
OZEMPIC (1 MG/DOSE)	60		
OZEMPIC (2 MG/DOSE)	60		
PACERONE	49		
paclitaxel	24		
paclitaxel protein-bound part	24		
pain & fever childrens	36		
pain & fever infants	36		
pain relief extra strength	36		
pain relief regular strength	36		
paliperidone er	118		
pamidronate disodium	71		
pan-c 500/bioflavonoids	154		
PANRETIN	172		
pantoprazole sodium	78		
PANZYGA	26		
PARAPLATIN	15		
paricalcitol	58		
paromomycin sulfate	42		
paroxetine hcl	116		
parvlex	154		
pc pediatric poly-vita/fe drop	154		
PCCA BASE 7542	56		
PCCA EMOLlient CREAM BASE	.56		
ped electrolyte freeze pops	128		
ped electrolyte freezer pops	128		
PEDIA VANCE	128		

PHESGO	19	preferred plus insulin syringe	62	protriptyline hcl	116
PHILITH	66	pregabalin	113	pseudoeph-bromphen-dm	106
PHYTOBASE	56	prehevbrio	29	pseudoephedrine hcl	106
PHYTOMULTI	154	PREMASOL	134	pseudoephedrine hcl er	106
phytonadione	154	prenatal	128, 154	psyllium fiber	81
PICODERM	56	prenatal 19	154	PULMICORT FLEXHALER	101
PIFELTRO	38	prenatal one daily	154	PULMOZYME	100
pilocarpine hcl	90, 164	prenatal vitamin	154	pure c 500	155
pimozide	119	prenatal vitamin and mineral	154	pure calcium carbonate	132
PIMTREA	66	prenatal vitamins	154	purevit dualfe plus	88
pin-away	43	prenatal/iron	154	PUREWAY-C	155
pindolol	51	PRESEVISION AREDS	154	PURIXAN	23
pinworm medicine	43	PRESEVISION AREDS 2	154	px advanced formula multivits	155
pioglitazone hcl	60	PRESEVISION/LUTEIN	154	px allergy	98
piperacillin sod-tazobactam so	48	PRETTY FEET/HANDS	172	px allergy relief cetirizine	98
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	19	PREVALITE	50	px allergy relief d	107
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	19	prevent	154	px allergy relief d (loratad)	106
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	19	PREVYMIS	44	px allergy relief loratadine	98
pirfenidone	100	PREZCOBIX	40	px antacid maximum strength	73
PIRMELLA 1/35	66	PREZISTA	38, 39	px antacid regular strength	73
piroxicam	31	PRIFTIN	39	px arthritis pain relief	36
plain niacin	154	primaquine phosphate	43	px artificial tears	93
PLASMA-LYTE 148	127	primidone	113	px aspirin	36
PLASMA-LYTE A	127	PRIORIX	29	px athletic foot	165
PLENAMINE	134	PRIVIGEN	26	px b complex/vitamin c	155
PLENVU	81	probencid	37	px calamine	172
pna-hrt base	56	PRO-CAL	154	px calcium	132
podofilox	172	PROCERV HP	154	px childrens allergy	98
poly vitamin	154	prochlorperazine	75	px childrens pain relief	36
POLYCIN	91	prochlorperazine edisylate	75	px childrens profen ib	31
polyethylene glycol 3350	56, 81	prochlorperazine maleate	75	PX CHILDRENS VITAMIN	155
POLY-IRON 150	88	PROCIT	86	px complete senior multivits	155
polymyxin b-trimethoprim	91	PROCTO-MED HC	172	px docusate sodium	81
polysaccharide iron complex	88	PROCTOSOL HC	172	px fiber	81
polysaccharide-iron complex	88	PROCTOZONE-HC	172	px folic acid	155
poly-tussin ac	106	profola	154	px gas relief extra strength	77
polyvinyl alcohol	93	PROGRAF	27	px gas relief infants	77
poly-vitaliron	154	PROLASTIN-C	100	px gas relief ultra strength	77
polyvitamin/iron	154	PROLENSA	91	px ibuprofen junior strength	31
POMALYST	23	PROLIA	71	px infants profen ib	31
PORTIA-28	66	PROMACTA	86	px laxative	81
posaconazole	41	promethazine hcl	75	px mens multivitamins	155
potassium chloride	127, 128	promethazine vc/codeine	106	px miconazole 3-day combo	83
potassium chloride crys er	128	promethazine-codeine	106	px milk of magnesia	81
potassium chloride er	128	promethazine-dm	106	px nasal decongestant	107
potassium chloride in nacl	127	promethazine-phenyleph-codeine	106	px pain relief extra strength	36
potassium citrate er	84	propafenone hcl	49	px stomach relief	74
potassium cl in dextrose 5%	127	propafenone hcl er	49	px stop smoking aid	124
povidone-iodine	172	proparacaine hcl	93	px triple	167
PRALUENT	50	propranolol hcl	51	px vitamin c	155
pramipexole dihydrochloride	109	propranolol hcl er	51	px vitamin e	155
prasugrel hcl	89	propylthiouracil	57	pyrazinamide	39
pravastatin sodium	50	PROQUAD	29	pyridostigmine bromide	120
praziquantel	43	PRORENAL + D	154	pyridoxine hcl	155
prazosin hcl	50	PRORENAL + D W/ OMEGA-3	154	qc acetaminophen 8 hours	36
prednisolone	71	PROSIGHT	154, 155	qc all day allergy	98
prednisolone acetate	91	PROSOL	134	qc allergy childrens	98
prednisolone sodium phosphate	71, 91	PROTECT CARDIO AF	155	qc allergy relief	98
prednisone	71	PROTECT PLUS SO	155	qc antacid	73
PREDNISONE INTENSOL	71	PROTEGRA	155	qc antacid/anti-gas	73

qc anti-diarrheal.....	74	qc womens daily multivitamin	155	ramipril.....	55
qc anti-gas.....	77	q-derm.....	56	ranolazine er.....	54
qc anti-itch extra strength.....	172	Q-GEL FORTE.....	126	rasagiline mesylate	109
qc arthritis pain relief.....	36	Q-GEL MEGA.....	126	RAYALDEE.....	58
qc artificial tears.....	93	QINLOCK.....	19	RECLIPSEN.....	66
qc aspirin.....	36	Q-SORB CO Q-10.....	126	RECOMBIVAX HB.....	29
qc aspirin low dose	36	QSYMIA.....	124	RECTIV.....	172
qc bacitracin	167	QUADRACEL.....	29	reeses pinworm medicine	43
qc calamine.....	172	quetiapine fumarate	119	REFRESH.....	93
qc calcium fast dissolution	133	quetiapine fumarate er.....	119	REFRESH CELLUVISC	93
qc cetirizine allergy relief.....	98	quin b strong	155	REFRESH DIGITAL	93
qc childrens allergy	98	quinapril hcl	55	REFRESH DIGITAL PF	93
qc childrens complete	155	quinapril-hydrochlorothiazide	53	REFRESH LIQUIGEL	93
qc childrens ibuprofen	31	quinidine sulfate	49	REFRESH OPTIVE	93
qc chlor-pheniramine	98	quinine sulfate	43	REFRESH OPTIVE ADVANCED	93
qc complete allergy medicine	98	quintabs	155	REFRESH OPTIVE ADVANCED PF	93
qc daily multivit/multimineral	155	quintabs-m	155	REFRESH OPTIVE MEGA-3	93
qc daily multivitamins/iron	155	ra balanced b-100	155	REFRESH OPTIVE PF	93
qc diarrhea relief.....	74	ra balanced b-50	155	REFRESH PLUS	93
qc enema.....	81	ra b-complex	155	REFRESH RELIEVA	93
qc enteric aspirin	36	ra b-complex with b-12	155	ra calcium 600	133
qc epsom salt	81	ra calcium cit	133	REFRESH RELIEVA PF	93
qc ferrous sulfate	88	ra calcium cit-vit d-3	133	REFRESH TEARS	93
qc fexofenadine hydrochloride	98	ra calcium cit-vit d-3 petites	133	REGRANEX	166
qc fiber laxative	81	ra calcium plus vitamin d	133	REGULOID	82
qc gas relief extra strength	77	RA CENTRAL-VITE	155	REHYDRALYTE	129
qc gentle laxative	81	ra central-vite womens mature	155	rejuvacare plus	56
qc loratadine allergy relief	98	ra coenzyme q-10	126	RELENZA DISKHALER	44
qc loratadine-d	107	ra folic acid	155	RELI-ON INSULIN SYRINGE	62
qc melatonin max st	126	RA HI CAL	133	RELISTOR	77
qc mens daily multivitamin	155	ra iron	88	REMEDY ANTIFUNGAL	165
qc miconazole 7	83	ra natural magnesium	133	REMEDY PHYTOPLEX	
qc milk of magnesia	81	ra niacin	155	ANTIFUNGAL	165
qc mucus relief	107	ra no flush niacin	156	REMICADE	25
qc mucus relief childrens	107	ra one daily energy formula	156	RENAL	156
qc mucus relief er	107	ra one daily essential	156	RENAL MULTIVITAMIN	
qc mucus relief max st	107	ra one daily maximum	156	FORMULA	156
qc multi-vite	155	ra one daily mens 50+ w/vit d3	156	renal vitamin	156
qc multi-vite 50 & over	155	ra one daily mens/vit d-3	156	renal-vite	156
qc natural vegetable	81	ra one daily womens	156	RENAPLEX	156
qc natura-lax	81	ra ped electrolyte freezer pop	129	rena-vite	156
qc nicotine transdermal system	124	ra pediatric electrolyte	129	rena-vite rx	156
qc non-aspirin childrens	36	ra vitamin a	156	RENFLEXIS	25
qc non-aspirin extra strength	36	ra vitamin b-1	156	reno caps	156
qc pain relief	37	ra vitamin b12	156	repaglinide	60
qc pain relief childrens	36	ra vitamin b-12	156	REQ 49+	156
qc pain relief extra strength	37	ra vitamin b-12 tr	156	RESTASIS	94
qc pink bismuth	74	ra vitamin b-6	156	RESTASIS MULTIDOSE	93
qc povidone iodine	172	ra vitamin c	156	RESTORA RX	74
qc prenatal	155	ra vitamin c cr	156	RETEVMO	19
qc psyllium fiber	81	ra vitamin c/rose hips	156	REVLIMID	23
qc stool softener	82	ra vitamin d-3	156	REXULTI	119
qc stool softener pls laxative	82	ra vitamins complete childrens	156	REYATAZ	39
qc suphedrine maximum strength ..	107	ra zinc	133	REZLIDHIA	19
qc therin-m	155	RABAVERT	29	REZUROCK	27
qc tolnaftate	165	rabeprazole sodium	78	RHOPRESSA	90
qc triple antibiotic max st	167	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		ribavirin	44
qc tussin cf	107	D3	156	RID LICE KILLING SHAMPOO	169
qc tussin dm cough/congestion	107	raloxifene hcl	69	rifabutin	39

rifampin	39	senna-lax	82	sm antacid maximum strength.....	74
riluzole	120	senna-plus	82	sm antacid/antigas	74
rimantadine hcl	44	senna-s	82	sm antibiotic	167
RINVOQ	25	senna-tabs	82	sm anti-diarrheal	74, 75
RISABAL-PH	172	senna-time	82	sm antifungal clotrimazole	165
RISAMINE	172	senna-time s	82	sm antifungal miconazole	165
risedronate sodium	72	sennosides-docusate sodium	82	sm antifungal tolnaftate	165
RISPERDAL CONSTA	119	SENOKOT	82	sm anti-itch extra strength	172
risperidone	119	SENOKOT S	82	sm antioxidant vitamins	157
ritonavir	39	sentry	157	sm antiseptic skin cleanser	172
rivastigmine	115	sentry senior	157	sm arthritis pain relief	37
rivastigmine tartrate	115	SEREVENT DISKUS	95	sm arthritis pain reliever	37
RIVELSA	66	sertraline hcl	116	sm aspirin	37
rizatriptan benzoate	120, 121	se-tan plus	88	sm aspirin adult low strength	37
robafen cf multi-symptom cold	107	SETLAKIN	66	sm aspirin ec	37
ROBAFEN DM CGH/CHEST		sevelamer carbonate	57	sm aspirin low dose	37
CONGEST	107	SHAROBEL	66	sm athletes foot	165
ROBAFEN DM COUGH	107	SHINGRIX	29	sm b super vitamin complex	157
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIDEROL	157	sm b100 complex	157
CONGESTION	107	SIGNIFOR	69	sm b-complex	157
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ..	107	silace	82	sm b-complex/vitamin c	157
ROCKLATAN	90	siladryl allergy	98	sm benzoin tincture	172
roflumilast	100	sildenafil citrate	55	sm biotin	157
ropinirole hcl	110	siltussin dm das	107	sm calamine	172
rosuvastatin calcium	50	siltussin sa	107	sm calamine phenolated	172
ROTARIX	29	siltussin-dm alcohol free	107	sm calcium 500/vitamin d3	133
ROTATEQ	29	silver sulfadiazine	167	sm calcium 600/vitamin d	133
ROWEEPRA	113	SIMBRINZA	90	sm calcium citrate w/vit d3	133
ROZLYTREK	19	simethicone	77	sm calcium citrate+vit d3	133
RUBRACA	19	simethicone drops infants	77	sm calcium citrate+d3 petite	133
rufinamide	113	simethicone ultra strength	77	sm calcium citrate+vit d3 max	133
RUKOBIA	39	SIMLIYA	66	sm calcium/vitamin d	133
RYBELSUS	60	SIMPESSE	66	sm calcium-vitamin d	133
RYDAPT	19	simvastatin	50	sm chewable vitamin c	157
rynex pse	107	sinus 12 hour	107	sm childrens ibuprofen	31
SAJAZIR	86	sinus congestion max strength	107	sm childrens loratadine	98
SALTSTABLE LO	56	sinus nasal spray	107	SM CLEARLAX	82
SANDIMMUNE	27	sinus relief extra strength	107	sm clotrimazole vaginal	84
SANTYL	166	sirolimus	27	sm co q-10	126
sapropterin dihydrochloride	69	SIRTURO	39	sm coenzyme q-10	126
SAVISION	156	SIVEXTRO	43	sm complete	157
sb calcium + d	133	SKYRIZI	25	sm complete 50+	157
sb lice killing max st	169	SKYRIZI PEN	25	sm complete 50+ ultimate mens	157
sb oyster shell calcium	133	SLOW FE	88	sm complete 50+ ultimate women	157
sb vitamin c	156	slow iron	88	sm complete advanced formula	157
scar care	56	slow release iron	89	sm complete senior formula	157
SCEMBLIX	19	SLOW-MAG	133	sm cough dm	108
scopolamine	75	sm 3-day vaginal	84	sm cough dm childrens	108
SECUADO	119	sm 8 hour pain relief	37	sm dry eye relief	94
selegiline hcl	110	sm all day allergy	98	sm ear drops	173
selenious acid	134	sm all day allergy childrens	98	sm enema	82
.selenium sulfide	168	sm all day allergy-d	108	sm epsom salt	82
SELZENTRY	39	sm allergy 4 hour	98	sm fexofenadine hcl	99
senexon	82	sm allergy childrens	98	sm fiber	82
SENEXON-S	82	sm allergy relief	98	sm folic acid	157
senior tabs	156	sm animal shapes complete	157	sm gas relief	77
senna	82	sm animal shapes kids first	157	sm gas relief antiflatuent	77
senna laxative	82	sm antacid	74	sm gas relief extra strength	77
senna plus	82	sm antacid advanced	74	sm gas relief infants	77
senna s	82	sm antacid advanced max st	73	sm gentle laxative	82

sm hair/skin/nails.....	157	sm tussin mucus+chest congest....	108	STRESSTABS ADVANCED	158
sm ibuprofen ib.....	31	sm vit c/rose hips.....	157	STRESSTABS ENERGY	158
sm ibuprofen ib childrens.....	31	sm vitamin b complex/vitamin c	157	STRIBILD	40
sm infants ibuprofen.....	31	sm vitamin b1.....	157	STROVITE FORTE	158
sm iron.....	89	sm vitamin b-12.....	157	STROVITE ONE	158
sm iron slow release.....	89	sm vitamin b12 tr.....	157	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	173
sm lice killing max strength.....	169	sm vitamin b6.....	157	SUBVENITE	113
sm lice treatment.....	169	sm vitamin b-6.....	157	sucralfate	77
sm loratadine.....	99	sm vitamin c	157, 158	SUDOGEST	108
sm loratadine allergy relief.....	99	sm vitamin c cr.....	157	sudogest 12 hour.....	108
sm lorata-dine d.....	108	sm vitamin c/rose hips	158	SUDOGEST MAXIMUM	
sm loratadine d 12hr.....	108	sm vitamin d	158	STRENGTH	108
sm lubricant eye drops.....	94	sm vitamin d3.....	158	sulacetamide sodium	91
sm lubricating plus.....	94	sm vitamin e	158	sulacetamide sodium (acne)	166
sm lubricating tears.....	94	sm zinc gluconate	133	sulfacetamide-prednisolone	90
sm miconazole 3.....	84	sodium bicarbonate	74	sulfadiazine	43
sm miconazole 3 applicator.....	84	sodium chloride	108, 127, 166	sulfamethoxazole-trimethoprim	43
sm miconazole 7.....	84	sodium chloride (hypertonic)	94	SULFAMYLYON	167
sm milk of magnesia.....	82	sodium fluoride	128	sulfasalazine	78
sm mucus relief.....	108	sodium oxybate	122	sulindac	31
sm mucus relief max strength.....	108	sodium phenylbutyrate	69	sumatriptan	121
sm multiple vitamins essential.....	157	sodium polystyrene sulfonate	58	sumatriptan succinate	121
sm multiple vitamins/iron.....	157	solifenacin succinate	84	sumatriptan succinate refill	121
sm nasal decongestant.....	108	SOLIQUA	62	sunitinib malate	19
sm nasal decongestant max st.....	108	solo	158	SUNLENCA	39
sm nasal decongestant pe.....	108	SOLTAMOX	22	SUNVITE ADVANCED	158
sm nasal spray.....	108	SOLU-CORTEF	71	super antioxidant	158
sm nasal spray 12 hour.....	108	SOMATULINE DEPOT	69	super aytinal	158
sm nasal spray moisturizing.....	108	SOMAVERT	69	super aytinal 50 plus	158
sm nasal spray sinus	108	SOOTHE & COOL INZO		super b complex maxi	158
sm niacin cr.....	157	ANTIFUNGAL	165	super b complex/falvit c	158
sm nicotine	124	sorafenib tosylate	19	super b complex/vitamin c	158
sm nicotine polacrilex	124	SORBOLENE	172	super b-complex + vitamin c	158
sm nose drops nasal decongest	108	SORINE	49	super b-complex/vit c/fa	158
sm one daily mens.....	157	sotalol hcl	50	super biotin	158
sm one daily womens.....	157	sotalol hcl (af)	49	super calcium	133
sm opti-vitamins	157	span c	158	super calcium 600 + d 400	133
sm oyster shell calcium/vit d	133	SPECTRAVITE	158	super calcium 600 + d3	133
sm oyster shell calcium/vit d3	133	spironolactone	49	super multiple	158
sm pain & fever childrens	37	spironolactone-hctz	54	SUPER NU-THERA	158
sm pain & fever infants	37	SPRINTEC 28	66	SUPER QINTS B-50	158
sm pain relief.....	37	SPRITAM	113	super thera vite m	158
sm pain reliever	37	SPRYCEL	19	super vita-mins	158
sm pain reliever childrens	37	SPS	58	superplex-t	158
sm pain reliever ex st	37	SRONYX	66	suphedrine 12hour	108
sm pediatric electrolyte	129	SSD	167	support	158
sm povidone-iodine	172	stavudine	39	SUPPORT-500	158
sm senna laxative	82	STELARA	25	SUPREP BOWEL PREP KIT	83
sm senna-s	82	sterile water for irrigation	166	sv vitamin b-12 er	159
sm slow release iron	89	stimulant laxative	82	SYEDA	66
sm stomach relief.....	75	STIVARGA	19	SYMBICORT	99
sm stool softener	82	stomach relief	75	SYMDEKO	100
sm stool softener/laxative	82	stool softener	83	SYMJEPI	100
sm super b complex/c	157	stool softener laxative	83	SYMPAZAN	113
sm triple antibiotic	167	stool softener plus laxative	83	SYMTUZA	40
sm triple antibiotic max st	167	stool softener/laxative	83	SYNAREL	69
sm triple antibiotic original	167	streptomycin sulfate	43	SYNJARDY	60
sm tussin cf	108	stress formula	158	SYNJARDY XR	60
sm tussin cough/chest congest.....	108	stress formula (folic acid)	158	SYNRIBO	23
sm tussin dm	108	stress formula/iron	158	SYNTROID	57

SYRSPEND SF	56	<i>tgt childrens ibuprofen</i>	31	<i>timolol maleate</i>	51, 90
SYSTANE.....	94	<i>tgt fiber therapy</i>	83	TING	165
SYSTANE BALANCE.....	94	<i>tgt gas relief extra strength</i>	77	TIVICAY	39
SYSTANE COMPLETE.....	94	<i>tgt gentle laxative</i>	83	TIVICAY PD.....	39
SYSTANE HYDRATION PF	94	<i>tgt ibuprofen childrens</i>	31	<i>tizanidine hcl</i>	110
SYSTANE ICAPS AREDS2.....	159	<i>tgt lubricant eye drops</i>	94	TOBRADEX	90
SYSTANE OVERNIGHT THERAPY	94	<i>tgt miconazole 7</i>	84	TOBRADEX ST	90
SYSTANE PRESERVATIVE FREE	94	<i>tgt nicotine polacrilex</i>	124	<i>tobramycin</i>	43, 91
SYSTANE ULTRA.....	94	<i>tgt nicotine step one</i>	124	<i>tobramycin sulfate</i>	43
SYSTANE ULTRA PF	94	<i>tgt nicotine step three</i>	124	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	90
TAB-A-VITE	159	<i>tgt nicotine step two</i>	124	<i>tolnaftate</i>	165, 166
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	159	TGT POWDERLAX	83	<i>tolnaftate antifungal</i>	165
<i>tab-a-vite/iron</i>	159	<i>tgt psyllium fiber</i>	83	<i>tolterodine tartrate</i>	84
TAB-A-VITE/IRON/BETA CAROTENE	159	<i>tgt stomach relief</i>	75	<i>tolterodine tartrate er</i>	84
TABLOID	23	THALOMID	23	<i>topiramate</i>	113
TABRECTA	19	THE MAGIC BULLET	83	<i>toremifene citrate</i>	22
<i>tacrolimus</i>	27, 173	THEO-24	100	<i>torsemide</i>	54
TAFINLAR	19	<i>theophylline</i>	101	<i>total allergy</i>	99
TAGRISSO	19	<i>theophylline er</i>	100	<i>total b/c</i>	160
TALTZ	25	TERA	159	TOUJEO MAX SOLOSTAR	62
TALZENNA	19	TERA M PLUS	159	TOUJEO SOLOSTAR	62
<i>tamoxifen citrate</i>	22	<i>thera vital m</i>	159	TPN ELECTROLYTES	127
<i>tamsulosin hcl</i>	85	<i>therabasic-m</i>	159	TRADJENTA	60
TARINA 24 FE	67	TERA-D 2000	159	TRALEMENT	134
TARINA FE 1/20 EQ	67	TERA-D RAPID REPLETION	159	<i>tramadol hcl</i>	32
TASIGNA	19	TERAGRAN-M	159	<i>tramadol-acetaminophen</i>	32
<i>tasimelteon</i>	121	TERAGRAN-M ADVANCED	159	<i>trandolapril</i>	55
<i>tazarotene</i>	168	TERAGRAN-M ADVANCED 50	159	<i>tranexamic acid</i>	86
TAZICEF	46	PLUS	159	<i>tranylcypromine sulfate</i>	116
TAZORAC	168	TERAGRAN-M PREMIER	159	TRAVASOL	134
TAZTIA XT	52	TERAGRAN-M PREMIER 50	159	TRAZIMERA	20
TAZVERIK	19	PLUS	159	<i>trazodone hcl</i>	116
TDVAX	29	<i>thera-m</i>	159	TRECATOR	40
TECENTRIQ	20	TERAMILL FORTE	159	TRELEGY ELLIPTA	99
TEFLARO	46	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	159	<i>treprostinil</i>	55
<i>telmisartan</i>	49	<i>therapeutic moisturizing</i>	173	TRESIBA	62
<i>telmisartan-amlodipine</i>	53	<i>therapeutic multivit/mineral</i>	159	TRESIBA FLEXTOUCH	62
<i>telmisartan-hctz</i>	53	<i>therapeutic-m</i>	159	<i>tretinoin</i>	23, 166
<i>temazepam</i>	121	<i>therapeutic-m/lutein</i>	159	<i>triامcinolone acetonide</i>	164, 169
TENIVAC	29	<i>thera-tabs</i>	159	<i>triامterene-hctz</i>	54
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	39	<i>thera-tabs m</i>	159	<i>tri-buffered aspirin</i>	37
TEPMETKO	20	TERATEARS	94	TRICARE	128
<i>terazosin hcl</i>	51	TERATRUM COMPLETE	159	TRICON	89
<i>terbinafine hcl</i>	41, 165	TERATRUM COMPLETE 50	159	<i>trientine hcl</i>	58
<i>terbutaline sulfate</i>	95	PLUS	159	TRI-ESTARYLLA	67
<i>terconazole</i>	84	<i>theravim-m</i>	159	TRIFERIC	89
<i>teriparatide (recombinant)</i>	72	THEREMS	159	<i>trifluoperazine hcl</i>	119
<i>testosterone</i>	58	THEREMS-H	159	<i>trifluridine</i>	91
<i>testosterone cypionate</i>	58	THEREMS-M	159	<i>trigels-f forte</i>	89
<i>testosterone enanthate</i>	58	<i>thiamine hcl</i>	159, 160	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	110
<i>tetrabenazine</i>	120	<i>thiamine mononitrate</i>	160	TRIJARDY XR	60
<i>tetracycline hcl</i>	49	<i>thioridazine hcl</i>	119	TRIKAFTA	101
<i>tgt acetaminophen childrens</i>	37	<i>thiothixene</i>	119	TRI-LEGEST FE	67
<i>tgt acetaminophen ex st</i>	37	<i>thrivate 19</i>	160	TRI-LINYAH	67
<i>tgt allergy relief</i>	99	TIADYLT ER	52	TRI-LO-ESTARYLLA	67
<i>tgt antifungal</i>	165	<i>tiagabine hcl</i>	113	TRI-LO-MARZIA	67
<i>tgt antifungal spray powder</i>	165	TIBSOVO	20	TRI-LO-MILI	67
<i>tgt childrens acetaminophen</i>	37	TICOVAC	29	TRI-LO-SPRINTEC	67
		<i>tigecycline</i>	49	<i>trimethoprim</i>	43
		TILIA FE	67	TRI-MILI	67

trimipramine maleate	116	valacyclovir hcl	44	vinorelbine tartrate	24
TRINTELLIX	116	VALCHLOR	173	viorele	67
TRI-NYMYO	67	valganciclovir hcl	44	VIRACEPT	39
triphocaps	160	valproate sodium	113	VIREAD	39
triple antibiotic	167	valproic acid	113	virt-caps	160
triple antibiotic plus	167	valsartan	49	virt-fefa plus	89
triple antibiotic+pain relief	167	valsartan-hydrochlorothiazide	53	VIRT-GARD	160
TRI-SPRINTEC	67	VALTOCO 10 MG DOSE	113	vision formula 2	160
TRIUMEQ	40	VALTOCO 15 MG DOSE	114	vision formula eye health	160
TRIUMEQ PD	40	VALTOCO 20 MG DOSE	114	vision formulallutein	160
TRIVORA (28)	67	VALTOCO 5 MG DOSE	114	vision vitamins	160
TRI-VYLIBRA	67	value plus glucose	58	VISTA ADVANCED AREDS2	
TRI-VYLIBRA LO	67	VANADOM	110	FORMULA	160
TRIZIVIR	40	vancomycin hcl	43	VISTA ADVANCED DRY EYE	
TROGARZO	39	vancomycin hcl in nacl	43	FORMULA	160
TROPHAMINE	134	VANIBASE	56	vit e-vit c-beta carotene	160
tropical liquid nutrition	160	VANICREAM	173	vita c/bioflavonoids/rose hips	160
trospium chloride	84	vanishing cream botanical base	56	vita hair	160
TRULICITY	60	VAQTA	30	vitabasic complete	160
TRUMENBA	29	varenicline tartrate	124	vitabasic senior	160
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	20	VARIVAX	30	vita-bee/c	160
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	20	VASCEPA	50	vitabex plus	161
TRUXIMA	20	v-c forte	160	vitachew multiple vitamin	161
TUKYSA	20	vegetable lax+stool softener	83	VITAFOL	161
TURALIO	20	VELIVET	67	VITAL-D RX	161
TUSNEL C	108	VELPHORO	57	vitalee	161
tusnel diabetic	108	VELTASSA	58	VITALETS CHILDRENS	161
TUSNEL-EX	109	VELVACHOL	173	vitamin a	161
tussin cf	109	VEMLIDY	44	vitamin b + c complex	161
tussin cf multi-symptom cold	109	VENCLEXTA	20	vitamin b 12	161
tussin cough	109	VENCLEXTA STARTING PACK	20	vitamin b complex	161
tussin dm	109	VENEXA	160	vitamin b-1	161
tussin dm cough + chest	109	VENEXA FE	160	vitamin b12	161
tussin mucus & chest congest	109	venlafaxine hcl	116	vitamin b-12	161
tussin mucus+chest congestion	109	venlafaxine hcl er	116	vitamin b-12 er	161
tussin multi-symptom cold cf	109	VENOFER	89	vitamin b12 tr	161
TWINRIX	29	VENTAVIS	55	vitamin b12-folic acid	161
TYBOST	39	VENTOLIN HFA	95	vitamin b6	161
TYDEMY	67	VENTRIXYL	160	vitamin b-6	161
TYPHIM VI	29	VENTRIXYL FE	160	vitamin b-complex	161
TYRVAYA	94	verapamil hcl	52	vitamin c	161
U-BASE	56	verapamil hcl er	52	vitamin c drops	161
UDAMIN SP	160	VERQUVO	54	vitamin c er	161
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS	160	VERSACLOZ	119	vitamin c plus wild rose hips	161
ultra freeda	160	versatile cream base	57	vitamin c/rose hips	161
ultra freeda/iron	160	VERSIGEL	57	vitamin c/rose hips tr	161
ULTRA FRESH	94	VERZENIO	20	vitamin c-acerola	161
ultra lubricating eye drops	94	VESTURA	67	vitamin c-rose hips	161
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE	160	V-GO 20	62	vitamin c-rose hips er	161
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA	160	V-GO 30	62	vitamin c-rose hips tr	161
unicomplex-m	160	V-GO 40	62	vitamin d	162
UNITHROID	57	VIC-FORTE	160	vitamin d (cholecalciferol)	161, 162
ursodiol	77	VICTOZA	60	vitamin d (ergocalciferol)	162
		VIENVA	67	vitamin d high potency	162
		vigabatrin	114	vitamin d infant	162
		VIGADRONE	114	VITAMIN D-1000 MAX ST	162
		VIIBRYD STARTER PACK	116	vitamin d3	162
		vilazodone hcl	116	vitamin d-3	162
		VIMPAT	114	vitamin d3 complete	162
		vincristine sulfate	24	vitamin d3 maximum strength	162

<i>vitamin d3 super strength</i>	162	XARELTO	85	<i>zinc oxide</i>	173
<i>vitamin d3 ultra strength</i>	162	XARELTO STARTER PACK	85	<i>zinc sulfate</i>	133
<i>vitamin d-400</i>	162	XATMEP	27	<i>ziprasidone hcl</i>	119
<i>vitamin e</i>	162	XCEL 100	57	<i>ziprasidone mesylate</i>	119
<i>vitamin e blend</i>	162	XCOPRI	114	ZIRABEV	21
<i>vitamin e water soluble</i>	162	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)	114	ZIRGAN	91
<i>vitamin e-200</i>	162	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)	114	<i>zoledronic acid</i>	72
<i>vitamin e-400</i>	162	XELJANZ	26	ZOLINZA	21
<i>vitamin k1</i>	162	XELJANZ XR	26	<i>zolmitriptan</i>	121
<i>vitamins acd-fluoride</i>	162	XENICAL	69	<i>zolpidem tartrate</i>	121
<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	162	XERAC AC	173	ZONISADE	114
<i>vitamins for hair</i>	162	XERMELO	77	<i>zonisamide</i>	114
<i>vitamins/minerals</i>	162	XGEVA	72	<i>zoo friends complete</i>	163
VITASANA	163	XHANCE	101	ZOSTRIX HP	173
<i>vitasure</i>	163	XIFAXAN	77	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
<i>vitatrum</i>	163	XIGDUO XR	60		173
VITATRUM COMPLETE	163	XXIIDRA	94	ZOVIA 1/35 (28)	68
VITRAKVI	20	XOFLUZA (40 MG DOSE)	45	ZTALMY	114
VITRAMYN	163	XOFLUZA (80 MG DOSE)	45	ZUMANDIMINE	68
VITRANOL	163	XOLAIR	101	ZYDELIG	21
VITRANOL FE	163	XOSPATA	20	ZYKADIA	21
VITREXATE	163	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYLET	90
VITREXATE FE	163	WEEKLY)	20	ZYPREXA RELPREVV	119, 120
VITREXYL	163	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY)	20	<i>zyvana</i>	163
VITREXYL + IRON	163	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY)	20		
<i>vitrum 50+ senior multi</i>	163	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY)	21		
VITRUM SENIOR	163	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY)	21		
VIVITROL	124	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY)	21		
VIZIMPRO	20	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY)	21		
<i>v-max</i>	57	XTANDI	22		
VONJO	20	XULANE	67		
voriconazole	41	XULTOPHY	62		
VOSEVI	44	xvite	163		
VOTRIENT	20	XYREM	122		
<i>vp-vite rx</i>	163	YELETS TEENAGE FORMULA	163		
VRAYLAR	119	YF-VAX	30		
VYFEMLA	67	<i>yl coenzyme q10</i>	126		
VYLIBRA	67	<i>yl folic acid</i>	163		
VYZULTA	90	<i>yl vitamin b-6</i>	163		
WAL-DRYL ALLERGY	99	<i>yl vitamin c</i>	163		
<i>warfarin sodium</i>	85	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	163		
<i>wee care</i>	89	YOUR LIFE MULTI ADULT			
WEEKLY-D	163	GUMMIES	163		
WELIREG	23	YUVAFEM	70		
WERA	67	ZAFEMY	68		
wescaps	163	zafirlukast	101		
<i>westab max</i>	163	zaleplon	121		
<i>westab mini</i>	163	ZARXIO	86		
<i>westab one</i>	163	ZEASORB-AF	166		
<i>west-vite w/folic acid</i>	163	ZEJULA	21		
<i>womans laxative</i>	83	ZELBORAF	21		
<i>womens 50+ advanced</i>	163	ZEMAIRA	101		
<i>womens daily form/fal/cal/fe</i>	163	ZENATANE	166		
<i>womens daily formula</i>	163	ZENPEP	78		
<i>womens multi</i>	163	ZERVIADE	89		
<i>womens multi gummies</i>	163	<i>zidovudine</i>	39		
<i>womens multivitamin</i>	163	ZIEXTENZO	86		
<i>wound care</i>	57	<i>zinc</i>	133		
WYMZYA FE	67	<i>zinc chloride</i>	134		
XALKORI	20	<i>zinc gluconate</i>	133		

**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 **22/8/2023**.

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.