



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

Para informações mais recentes ou outras questões, entre em contacto connosco através do número de telefone 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e, das 8h às 12h, aos sábados, ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 21/3/2023.

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	173



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.
- ❖ សូមយកចិត្តទុកដាក់! ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ មានសេវាកម្មជំនួយផ្នែកភាសាដោយមិនគិតថ្លៃសម្រាប់អ្នក។ សូមទូរស័ព្ទទៅសេវាសមាជិកតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711) ចាប់ពីម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 8 យប់ថ្ងៃច័ន្ទ - សុក្រ ម៉ោង 8 ព្រឹកដល់ 12 យប់នៅថ្ងៃសៅរ៍។ នៅរៀងរាល់រសៀលថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ។ ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។ ការទូរស័ព្ទគឺឥតគិតថ្លៃ។
- ❖ 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.

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.



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 **15-172**. Também pode obter mais informações visitando a nossa página em www.nhpri.org/INTEGRITY. Publicamos 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 **173**.

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.



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 para prescritor.

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

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

B16. Qual é o meu copagamento?

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

B17. O que são níveis de medicamentos?

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

- Os medicamentos de Nível 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 **173**. 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.

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, SYNTHROID), 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.

Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

DATA EFETIVA: 4/1/2023

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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 cada 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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
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
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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	\$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
<i>lytgobi (12 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>lytgobi (16 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>lytgobi (20 mg daily dose) oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$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
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$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
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LENDIA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA
EMCYT ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
Antimetabólitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG, 20-8.19 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

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>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>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Imunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 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 cada 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 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 cada 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
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TOPOSAR INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/50ML, 100 MG/5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
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
HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PSOR/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML, 20 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 (112 comprimidos por ano); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 ampolas por ano); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 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
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 24 dias); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
Imunossuppressores		
<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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Vacinas		
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 2)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nível 2)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Iu/0.5ml</i>	\$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)	
IPOL 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)	
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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nível 2)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 2)	
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
ADVIL JUNIOR STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CHILDRENS ADVIL ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ec-naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INFANTS ADVIL ORAL SUSPENSION 50 MG/1.25ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>naproxen oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>px childrens profen ib oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px infants profen ib oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tgt childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Analgésico De Opioides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine #3 oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 1200 mcg, 1600 mcg, 400 mcg, 600 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 pastilhas a cada 30 dias); NDS
<i>fentanyl citrate buccal lozenge on a handle 200 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 pastilhas a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate (pf) injection solution 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 5 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>morphine sulfate (pf) intravenous solution 1 mg/ml, 10 mg/ml, 2 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>oxycodone hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (4 pensos a cada 28 dias)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 50 mcg/hr, 75 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
<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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>8hr muscle aches & pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen 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
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BAYER ASPIRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens silapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin adults oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain relieve child dye-free oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain reliever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nortemp infants oral suspension 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NORTEMP ORAL SUSPENSION 160 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px childrens pain relief oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc non-aspirin childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt acetaminophen ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-tenofovir df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
NOXAFIL ORAL SUSPENSION 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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-Infeciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 300 mg/2ml, 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNERCID INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150-350 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimethoprim tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimethoprim tablet 100 mg oral</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (80 cápsulas a cada 180 dias)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (160 cápsulas a cada 180 dias)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml, 375 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nível 1)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nível 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2400000 UNIT/4ML	\$0 (Nível 2)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nível 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nível 1)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nível 2)	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nível 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina li		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	
Hipertensão Arterial Pulmonar		
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
<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
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nível 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 Tireoide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
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
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>deferiasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>deferiasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nível 1)	
SPS ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nível 2)	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol intravenous solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nível 2)	NDS
Andrógenos		
<i>oxandrolone oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxandrolone oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300 gramas a cada 30 dias)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (150 gramas a cada 30 dias)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/1.5ML, 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)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
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)
Antidiabéticos, Insulinas		
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nível 2)	
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)	
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nível 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 25 dias)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
V-GO 20 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 30 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 40 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 30 dias)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>brillyn 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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
EMOQUETTE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
FEMYNOR ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LILLOW ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LORYNA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
LOW-OGESTREL ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LUTERA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LYLEQ ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
LYZA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>marlissa oral tablet 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 1-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet chewable 1-20 mg-mcg(24)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethindrone acet-ethinyl est oral tablet 1-20 mg-mcg, 1.5-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nível 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ALDURAZYPE 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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
<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
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDIA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um 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>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 gmltsp</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
Estrogénios		
AMABELZ ORAL TABLET 0.5-0.1 MG, 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
DELESTROGEN INTRAMUSCULAR OIL 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
DOTTI TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol transdermal patch twice weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol transdermal patch weekly 0.025 mg/24hr, 0.0375 mg/24hr, 0.05 mg/24hr, 0.06 mg/24hr, 0.075 mg/24hr, 0.1 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>estradiol vaginal cream 0.1 mg/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol vaginal tablet 10 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol valerate intramuscular oil 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>prednisone oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)</i>	\$0 (Nível 1)	
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	
Progestinos		
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
FORTEO SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 600 MCG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 dias)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>alum & mag hydroxide-simeth oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>alumina-magnesia-simethicone oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid anti-gas max strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid anti-gas reg strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid plus anti-gas relief oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid/antigas oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid/anti-gas oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-lanta maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-lanta oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm advanced antacid max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 420 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
RESTORA RX ORAL CAPSULE 60-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stomach relief oral 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
COMPRO RECTAL SUPPOSITORY 25 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>dronabinol oral capsule 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>granisetron hcl intravenous solution 1 mg/ml, 4 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>granisetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>meclizine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>gas relief drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gas relief infants drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>infants simethicone oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nível 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<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 antiflatuent oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief oral 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nível 2)	
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT	\$0 (Nível 2)	
Inibidores Da Bomba De Protões		
<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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
DOCU LIQUID ORAL LIQUID 100 MG/10ML	\$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
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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener oral liquid 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOLYTELY ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>konsyl daily fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>laxacin oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>natural fiber laxative oral powder 58.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$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
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px docusate sodium oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 0.52 GM	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senexon oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SENEXON-S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-tabs oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-time oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna-time s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sennosides-docusate sodium oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>silace oral liquid 150 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>silace oral syrup 60 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 48.57 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPREP BOWEL PREP KIT ORAL SOLUTION 17.5-3.13-1.6 GM/177ML	\$0 (Nível 2)	
<i>tgt fiber therapy oral powder 28.3 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TGT POWDERLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tgt psyllium fiber oral capsule 520 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womans laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infecciosos Vaginais		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 3 combo-suppl vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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
<i>px miconazole 3-day combo vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tgt miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antispasmodicos		
<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)
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (300ml a cada 28 dias)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nível 1)	
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (620ml a cada 30 dias)
XARELTO ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
XARELTO ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
XARELTO STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 15 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (51 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 ampolas a cada 30 dias); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (20 ampolas a cada 30 dias); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Ferro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRATEX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nível 3)	DP
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
FERIVAFA 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron supplement oral elixir 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>myferon 150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 142 (45 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 47.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 142 (45 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>virt-fefa plus oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
Antiglaucoma		
ALPHAGAN P OPHTHALMIC SOLUTION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 22.3-6.8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nível 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infeccioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nível 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
GENTAK OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nível 2)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
<i>artificial tears ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %, 1.4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ISOPTO ATROPINE OPHTHALMIC SOLUTION 1 %	\$0 (Nível 2)	
ISOPTO TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>px artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
REFRESH RELIEVA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nível 2)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>sm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
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		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nível 1)	
<i>fluocinolone acetone otic oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc otic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin otic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RESPIRATÓRIO		
Agonistas Beta		
<i>albuterol sulfate hfa inhalation aerosol solution 108 (90 base) mcg/act, 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

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbechlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px allergy relief loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc cetirizine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc chlor-pheniramine oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc complete allergy medicine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc fexofenadine hydrochloride oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy 4 hour oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 25 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens loratadine oral syrup 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 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 syrup 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 Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYMBICORT INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DALIRESP ORAL TABLET 250 MCG, 500 MCG	\$0 (Nível 2)	
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
ESBRIET ORAL CAPSULE 267 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 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
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg, 500 mcg</i>	\$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)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral 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
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Esteróides Inalantes		
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32ml a cada 30 dias)
Moduladores De Leukotrieno		
<i>montelukast sodium oral packet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>montelukast sodium oral tablet chewable 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zafirlukast oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Tosse E Constipação		
<i>12 hour decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>12 hour nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>12 hour nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
4-WAY FAST ACTING NASAL SOLUTION 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
ALAVERT ALLERGY/SINUS ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough/chest congestion dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIC TUSSIN DM ORAL LIQUID 100-10 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cough gels oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal four spray nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nose drops extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp suphedrin oral liquid 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaiaatussin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin ac oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HISTEX-AC ORAL SYRUP 10-2.5-10 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy & congestion oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy complete-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm tussin adult dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm tussin adult multi-symptom oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm tussin adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nível 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lohist-dm oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine-d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine-d 24hr oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAR-COF CG EXPECTORANT ORAL LIQUID 225-7.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-clear wc oral solution 100-6.33 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
<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
NINJACOF-XG ORAL LIQUID 200-8 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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 vcl/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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 (loratid) oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
ROBAFEN DM CGH/CHEST CONGEST ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN DM COUGH ORAL LIQUID 10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml, 20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

Agentes Antiparkinsonianos

<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
KYNMOBI SUBLINGUAL FILM 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 películas a cada 30 dias); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
Agentes De Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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)	
VANADOM ORAL TABLET 350 MG	\$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)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
Anticonvulsivos		
APTOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
APTOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
CELONTIN ORAL CAPSULE 300 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	
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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>primidone oral tablet 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2400ml a cada 30 dias); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nível 2)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 películas a cada 30 dias); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
VIMPAT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1200ml a cada 30 dias); NDS
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)
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
Antidemência		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<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)	
VIIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 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
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LEENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INVEGA 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>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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 30 dias); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240ml a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	QL (30 pensos a cada 30 dias)
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (6 injeções a cada 3 dias)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
INGREZZA ORAL CAPSULE THERAPY PACK 40 & 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUDEXTA 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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sumatriptan nasal solution 20 mg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 unidades a cada 30 dias)
<i>sumatriptan nasal solution 5 mg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 unidades a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sumatriptan succinate refill subcutaneous solution cartridge 4 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 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		
BELSOMRA ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
HETLIOZ ORAL CAPSULE 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>tasimelteon oral capsule 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>temazepam oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>temazepam oral capsule 30 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zaleplon oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zaleplon oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>zolpidem tartrate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Múltiplos Agentes De Esclerose		
BAFIERTAM ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE 95 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>dalfampridine er oral tablet extended release 12 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>fingolimod hcl oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
GILENYA ORAL CAPSULE 0.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (16 canetas a cada ano); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 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
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 3 transdermal patch 24 hour 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine transdermal kit 21-14-7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOTROL INHALATION INHALER 10 MG	\$0 (Nível 2)	
NICOTROL NS NASAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>phendimetrazine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 105 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Déficit De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
METADATE ER ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MG	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1800ml a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co-enzyme q-10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule extended release 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
H2Q ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm coq10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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/lI-%-, 20-5-0.2 meq/lI-%-, 20-5-0.45 meq/lI-%-, 20-5-0.9 meq/lI-%-, 30-5-0.45 meq/lI-%-, 40-5-0.45 meq/lI-%-</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 40-5-0.9 meq/lI-%-</i>	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nível 2)	
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)	

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PEDIALYTE ADVANCED CARE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE FREEZER POPS ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIALYTE SINGLES ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pediatric electrolyte oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs calcium citrate +d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium citrate +d3 mini oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs magnesium oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs magnesium oxide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium+vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs oyster shell calcium-vit d oral tablet 500-3.125 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium 500+d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calcium citrate+vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magdelay oral tablet delayed release 70 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>magnesium oxide oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide tablet 400 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
<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/d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 250-3.125 mg-mcg</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

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Nutrição Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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
PROCALAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 3 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
<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

LEND A

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

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

LEND A

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

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

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CENTRUM MULTIGUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CEREFOLIN ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>certa plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDAS

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

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

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>d3-1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3-1000 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-3-5 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
D3-50 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-5000 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multi oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily value multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamin formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamin formula+iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamin formula+minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vite multivitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vites oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily vites/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>daily-vite/iron/beta-carotene oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dayavite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DECARA ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT), 625 MCG (25000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DECUBI-VITE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dekas bariatric oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS OCEAN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
DEKAS PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>delta d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX FOLTAMIN ORAL TABLET 125-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX RIBOTIN-E ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DERMACINRX ZINTREXYL-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diabetes health formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DINO-LIFE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>disney cars gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>disney princess gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FLINTSTONES GUMMIES PLUS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folika-mg oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
FORTAVIT ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
FOSFREE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>full spectrum b1/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

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

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm complete women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm mens 50+ advanced one daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm niacin oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm niacin tr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm super vitamin b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin d3 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin e oral capsule 400 unit, 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm womens 50+ advanced daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydroxocobalamin acetate intramuscular solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hylazinc oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS AREDS FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS MV ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS 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>i-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>i-vite protect oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
JUST D ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp adults 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kp adults daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 1 mg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp prenatal multivitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KP VISION FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
KP VISION FORMULA/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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 formulalycopene 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MILLTRIUM SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi completeliron 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/extra vitamin d3 oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral solution 0.25 mg/ml, 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin/zinc stress oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamins plus iron child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamins/minerals adult oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vite oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivit-min gummies childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D3000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION D5000 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MVW COMPLETE FORMULATION MINIS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MVW COMPLETE FORMULATION ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>myamulti oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mynephrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MYNEPHRON ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>my-vitalife oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>neovite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE HEATH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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 SCOOPY-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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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-vitalfe 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-vitaliron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvitaminliron 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>prenatalliron 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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

LEND A

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

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

LEENDA

PA = Autorização prévia **QL** = Limite de Quantidade **ST** = Terapia por etapas **B/D** = Autorização prévia da Parte B contra Parte D **LA** = Acesso Limitado **NDS** = Fornecimento de Dia Não Prolongado **DP** = Não é um 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>sentry oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sentry senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SIDEROL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm animal shapes complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm animal shapes kids first oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antioxidant vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b super vitamin complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b-complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm chewable vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete 50+ ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm complete senior formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm opti-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formulaliron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SUNVITE ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex maxi oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super multiple oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super multiple oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER NU-THERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super thera vite m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super vita-mins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>superplex-t oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>support oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPPORT-500 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tab-a-vite/iron oral tablet</i>	\$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
<i>thera vital m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therabasic-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 2000 ORAL TABLET 50 MCG (2000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
THERA-D 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
<i>thera-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therapeutic formula/hematinics oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therapeutic multivit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therapeutic-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>therapeutic-m/lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THERATRUM COMPLETE 50 PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
THERATRUM COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>theravim-m oral tablet</i>	\$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
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thrivite 19 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>total b/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triphrocaps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tropical liquid nutrition oral liquid</i>	\$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
<i>ultra freeda oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra freedaliron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>unicomplex-m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>v-c forte oral capsule</i>	\$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
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision formula 2 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision formula eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision formulallutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision vitamins oral tablet</i>	\$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
<i>vit e-vit c-beta carotene oral tablet 200-250-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips oral tablet 1000-30-18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita hair oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabasic complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitabasic senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vita-bee/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamin d (cholecalciferol) oral tablet 10 mcg (400 unit), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d (ergocalciferol) oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d high potency oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d infant oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut), 400 unit, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITAMIN D-1000 MAX ST ORAL TABLET 25 MCG (1000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 maximum strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral capsule 1.25 mg (50000 ut), 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg, 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 super strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 ultra strength oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e oral capsule 100 unit, 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e water soluble oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin e-400 oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin k1 injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins acd-fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins a-d-e/selenium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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/calfe oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multivitamin 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nível 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Antifúngicos		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal external 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
CARRINGTON ANTIFUNGAL EXTERNAL CREAM 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>castellani paint modified external liquid 1.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ciclopirox olamine external cream 0.77 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tolnaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
AVITA EXTERNAL GEL 0.025 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (46,6 gramas a cada 30 dias)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 gramas a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 compressas a cada 30 dias)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
MYORISAN ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118ml a cada 30 dias)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 gramas a cada 30 dias); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nível 2)	QL (180 gramas a cada 30 dias)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60ml a cada 30 dias)

LENDAS

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

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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)
CALCITRENE EXTERNAL OINTMENT 0.005 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>tazarotene external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
TAZORAC EXTERNAL CREAM 0.05 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, 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)
ENSTILAR EXTERNAL FOAM 0.005-0.064 %	\$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)

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (454 gramas a cada 30 dias)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice treatment external lotion 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs moisturizing extra dry external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac sodium external 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 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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NIVEA SOFT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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)	
PROCTO-PAK EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
<i>px calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nível 2)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
RISAMINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.625 %	\$0 (Nível 3)	DP
<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

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZOSTRIX HP EXTERNAL CREAM 0.075 %, 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF EXTERNAL CREAM 0.033 %	\$0 (Nível 3)	DP
Otic (Medicamento Para Os Ouvidos, Como Gotas)		
DEBROX OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ear drops earwax aid otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>earwax removal otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MURINE EAR OTIC SOLUTION 6.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	101	adult aspirin regimen.....	33	allergy-time.....	95
12 hour nasal decongestant.....	101	adult one daily gummies.....	134	allopurinol.....	37
12 hour nasal spray.....	101	ADVAIR DISKUS.....	98	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	71
1st base.....	55	ADVAIR HFA.....	98	alosetron hcl.....	75
24hr allergy relief.....	94	ADVANCED MULTI EA.....	134	ALPHAGAN P.....	89
3 day vaginal.....	82	ADVANTAGE CARE.....		alprazolam.....	109
4-WAY FAST ACTING.....	101	ELECTROLYTE PED.....	127	ALREX.....	90
50+ adult eye health.....	133	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	29	ALTAVERA.....	62
8 hour arthritis pain reliever.....	32	AFIRMELLE.....	62	alum & mag hydroxide-simeth.....	72
8 hr arthritis pain relief.....	33	AIMOVIG.....	119	alumina-magnesia-simethicone.....	72
8hr muscle aches & pain.....	33	AIRBORNE.....	134	aluminum hydroxide gel.....	72
a thru z advanced.....	133	AIRBORNE GUMMIES.....	134	ALUNBRIG.....	15
a thru z high potency.....	133	AIRBORNE KIDS.....	134	alyacen 1/35.....	62
a thru z select.....	134	AIRBORNE+GOOD REST.....	134	alyacen 7/7/7.....	62
a thru z select 50+ advanced.....	133	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	134	AMABELZ.....	69
a thru z select 50+ mens.....	133	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	134	amantadine hcl.....	108
a thru z select advanced.....	133	ala-cort.....	167	ambrisentan.....	54
a thru z select ultimate women.....	134	ALAVERT.....	94	AMETHIA.....	62
a thru z ultimate mens.....	134	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	101	amikacin sulfate.....	41
a-10000.....	134	albendazole.....	41	amiloride hcl.....	53
abacavir sulfate.....	37	albuterol sulfate.....	94	amiloride-hydrochlorothiazide.....	53
abacavir sulfate-lamivudine.....	39	albuterol sulfate hfa.....	94	amiodarone hcl.....	49
abc complete senior womens 50+.....	134	alclometasone dipropionate.....	167	amitriptyline hcl.....	114
abc plus.....	134	ALDURAZyme.....	67	AMLADEX.....	134
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+.....	134	ALECENSA.....	15	amlodipine besy-benazepril hcl.....	53
ABELCET.....	40	alendronate sodium.....	71	amlodipine besylate.....	51
ABILIFY MAINTENA.....	116	aler-cap.....	94	amlodipine besylate-valsartan.....	52
abiraterone acetate.....	21	alfuzosin hcl er.....	84	amlodipine-olmesartan.....	52
acamprosate calcium.....	121	algae based calcium.....	134	ammonium lactate.....	169
acarbose.....	58	aliskiren fumarate.....	53	AMNESTEEM.....	165
ACCUTANE.....	165	ALIVE ULTRA POTENCY.....		amoxapine.....	114
acebutolol hcl.....	50	WOMENS 50+.....	134	amoxicillin.....	47
acerola c-500.....	134	ALIVE WOMENS 50+.....	134	amoxicillin-pot clavulanate.....	47
acetaminophen.....	33	ALIVE WOMENS ENERGY.....	134	amoxicillin-pot clavulanate er.....	47
acetaminophen 8 hour.....	33	ALIVE WOMENS GUMMY.....	134	amphetamine-dextroamphet er.....	124
acetaminophen childrens.....	33	all day allergy.....	94	amphetamine-dextroamphetamine.....	124
acetaminophen er.....	33	all day allergy childrens.....	94	amphotericin b.....	40
acetaminophen extra strength.....	33	all day allergy d.....	101	amphotericin b liposome.....	40
acetaminophen infants.....	33	all day allergy-d.....	101	ampicillin.....	47
acetaminophen-codeine.....	31	ALLBEE/C.....	134	ampicillin sodium.....	47
acetaminophen-codeine #3.....	31	all-day allergy childrens.....	95	ampicillin-sulbactam sodium.....	47
acetazolamide.....	53	aller-chlor.....	95	anagrelide hcl.....	85
acetazolamide er.....	53	aller-ease.....	95	anastrozole.....	21
acetic acid.....	84, 93	allergy.....	95	animal chews.....	134
acetylcysteine.....	99	allergy (cetirizine).....	95	ANIMAL SHAPES.....	134
acitretin.....	167	allergy 24-hr.....	95	animal shapes/iron.....	134
ACTHIB.....	27	allergy childrens.....	95	ANIMI-3.....	134
actical.....	134	allergy rel child (loratadine).....	95	ANORO ELLIPTA.....	98
ACTIMMUNE.....	26	allergy relief.....	95	antacid.....	72
active fe.....	86	allergy relief (loratadine).....	95	antacid anti-gas max strength.....	72
acyclovir.....	43	allergy relief cetirizine.....	95	antacid anti-gas reg strength.....	72
acyclovir sodium.....	43	allergy relief childrens.....	95	antacid maximum strength.....	72
ADACEL.....	27	allergy relief d.....	101	antacid plus anti-gas relief.....	72
adapalene.....	165	allergy relief d-12.....	101	antacid regular strength.....	72
adefovir dipivoxil.....	43	allergy relief d-24.....	101	antacid/antigas.....	72
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	134	allergy relief indoor/outdoor.....	95	antacid/anti-gas.....	72
ADEMPAS.....	54	allergy relief nasal decongest.....	101	anti-diarrheal.....	73
ADIPEX-P.....	121	allergy relief-d.....	101	antifungal.....	163
ADRENALIN.....	53	allergy/congestion relief.....	101	anti-fungal.....	163

<i>antifungal (clotrimazole)</i>	163	AUSTEDO.....	119	BENZEDREX.....	101
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	163	AUVELITY.....	114	BENZEFOAM.....	165
<i>antifungal clotrimazole</i>	163	AVIANE.....	62	BENZEPRO.....	165
<i>anti-itch</i>	169	AVITA.....	165	BENZEPRO SHORT CONTACT ...	165
<i>antioxidant</i>	134	AYUNA.....	62	<i>benzoin</i>	169
<i>anti-oxidant</i>	135	AYVAKIT.....	15	<i>benzonatate</i>	101
<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	134	<i>az cream</i>	55	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	165
<i>antioxidant formula</i>	134	<i>azacitidine</i>	22	<i>benzphetamine hcl</i>	121
<i>antiseptic skin cleanser</i>	169	<i>azathioprine</i>	26	<i>benztropine mesylate</i>	108
APHEN.....	33	<i>azelastine hcl</i>	88, 95	BERINERT.....	85
<i>aprepitant</i>	74	<i>azithromycin</i>	46	BESIVANCE.....	90
APRI.....	62	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI.....	22
APTIOM.....	109	CYCLE CARE.....	135	<i>beta care</i>	169
APTIVUS.....	37	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA.....	169
AQUA GLYCOLIC FACE.....	169	HAPPY CYCL.....	135	BETADINE.....	169
AQUADEKS.....	135	<i>aztreonam</i>	41	<i>betaine</i>	67
<i>aqueous vitamin d</i>	135	AZURETTE.....	62	<i>betamethasone dipropionate</i>	167
ARALAST NP.....	99	<i>b complex</i>	135	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	167
ARANELLE.....	62	<i>b complex (folic acid)</i>	135	<i>betamethasone valerate</i>	167
ARBEM H-COSMETIC.....	55	<i>b complex vitamins</i>	135	BETASERON.....	121
ARBEM LIOPEN.....	55	<i>b complex-b12</i>	135	<i>betaxolol hcl</i>	50, 89
ARCALYST.....	26	<i>b complex-c</i>	135	<i>bethanechol chloride</i>	84
<i>aripiprazole</i>	116	<i>b complex-c-folic acid</i>	135	BETOPTIC-S.....	89
ARISTADA.....	116	<i>b-1</i>	135	<i>better b complex</i>	135
ARISTADA INITIO.....	116	<i>b-12</i>	135	BEVESPI AEROSPHERE.....	98
<i>armodafinil</i>	121	<i>b-12 tr</i>	135	<i>bexarotene</i>	22, 169
ARNUITY ELLIPTA.....	100	<i>b-6</i>	135	BEXSERO.....	27
<i>arthritis pain relief</i>	33	<i>b6 natural</i>	135	<i>bicalutamide</i>	21
<i>arthritis pain relieving</i>	169	<i>bacitracin</i>	90, 166	BICILLIN L-A.....	47
<i>artificial tears</i>	91	<i>bacitracin zinc</i>	166	BIKTARVY.....	39
<i>ascorbic acid</i>	135	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	166	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	135
<i>asenapine maleate</i>	116	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	90	<i>biocal</i>	135
ASHLYNA.....	62	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	89	BIOLYTE.....	127
<i>aspirin</i>	33	<i>baclofen</i>	109	<i>biosupp</i>	135
<i>aspirin adult low strength</i>	33	BACMIN.....	135	BIOTECT PLUS.....	135
<i>aspirin ec</i>	33	BAFIERTAM.....	120	<i>biotin</i>	136
<i>aspirin ec adult low strength</i>	33	<i>balance b-50</i>	135	<i>biotin 5000</i>	135
<i>aspirin ec low strength</i>	33	<i>balsalazide disodium</i>	77	<i>biotin maximum strength</i>	135
<i>aspirin low dose</i>	33	BALVERSA.....	15	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	136
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	88	BALZIVA.....	62	<i>bisacodyl</i>	78
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BANOPHEN.....	95, 169	<i>bisacodyl ec</i>	78
SYR.....	60	BARACLUDE.....	43	<i>bisacodyl laxative</i>	78
<i>atazanavir sulfate</i>	37	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	135	<i>bismatrol</i>	73
<i>atenolol</i>	50	BASAGLAR KWIKPEN.....	60	<i>bismuth</i>	73
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	50	BASE PCCA CLARIFYING.....	55	<i>bismuth subsalicylate</i>	73
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	163	BASLE.....	169	<i>bisoprolol fumarate</i>	51
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	163	BAYER ASPIRIN.....	33, 34	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	50
<i>athletes foot powder spray</i>	163	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...33		BIVIGAM.....	25
<i>athletes foot spray</i>	163	<i>bcg vaccine</i>	27	BLISOVI 24 FE.....	62
<i>atomoxetine hcl</i>	124	<i>b-complex (folic acid)</i>	135	BLISOVI FE 1.5/30.....	62
<i>atorvastatin calcium</i>	50	<i>b-complex balanced</i>	135	<i>body/hair/skin/nails</i>	136
<i>atovaquone</i>	41	<i>b-complex/b-12</i>	135	BOOSTRIX.....	27
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	43	<i>b-complex/vitamin c</i>	135	<i>bortezomib</i>	15
<i>atropine sulfate</i>	91	<i>b-complex-c</i>	135	<i>bosentan</i>	54
ATROVENT HFA.....	94	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	135	BOSULIF.....	15
AUBRA EQ.....	62	BELSOMRA.....	120	<i>bp vit 3</i>	136
AUROVELA 1/20.....	62	<i>benazepril hcl</i>	54	BPROTECTED MULTI-VITE.....	136
AUROVELA 24 FE.....	62	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	53	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	136
AUROVELA FE 1.5/30.....	62	BENDEKA.....	15	BPROTECTED PEDIA POLY-	
AUROVELA FE 1/20.....	62	BENLYSTA.....	26	VITE/FE.....	136

BRAFTOVI.....	15	calcium 600/vitamin d.....	128	cefaclor er.....	44
BREO ELLIPTA.....	98	calcium 600+d.....	128	cefadroxil.....	44
BREZTRI AEROSPHERE.....	98	calcium 600+d high potency.....	128	cefazolin sodium.....	44, 45
brillyn.....	62	calcium 600+d3.....	129	cefazolin sodium-dextrose.....	45
BRILINTA.....	88	calcium 600-d.....	129	cefdinir.....	45
brimonidine tartrate.....	89	calcium acetate.....	56	cefepime hcl.....	45
brinzolamide.....	89	calcium acetate (phos binder).....	56	cefixime.....	45
BRIVIACT.....	110	calcium carb-cholecalciferol.....	129	cefoxitin sodium.....	45
bromocriptine mesylate.....	108	calcium carbonate.....	129	cefepodoxime proxetil.....	45
BROMSITE.....	90	calcium carbonate antacid.....	72	cefprozil.....	45
BRUKINSA.....	15	calcium citrate.....	129	ceftazidime.....	45
budesonide.....	77, 100	calcium citrate + d3.....	129	ceftazidime and dextrose.....	45
budesonide er.....	77	calcium citrate + d3 maximum.....	129	ceftriaxone sodium.....	45
bumetanide.....	53	calcium citrate +d.....	129	cefuroxime axetil.....	45
buprenorphine.....	32	calcium citrate+d3.....	129	cefuroxime sodium.....	45
buprenorphine hcl.....	121	calcium citrate+d3 petites.....	129	celecoxib.....	29
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	121	calcium citrate-vitamin d.....	129	CELONTIN.....	110
bupropion hcl.....	114	calcium citrate-vitamin d3.....	129	centavite a-z complete-mineral.....	136
bupropion hcl er (smoking det).....	122	calcium extra d3.....	129	CENTRATEx.....	86
bupropion hcl er (sr).....	114	calcium high potency.....	129	centravites.....	136
bupropion hcl er (xl).....	114	calcium high potency/vitamin d.....	129	centravites 50 plus.....	136
buspirone hcl.....	109	calcium oyster shell.....	129	centravites adults.....	136
butenafine hcl.....	163	calcium plus vitamin d.....	129	CENTRUM.....	137
butorphanol tartrate.....	31	calcium+d3.....	129	CENTRUM ADULTS.....	136
BYDUREON BCISE.....	58	calcium-magnesium-zinc.....	129	CENTRUM CARDIO.....	136
BYETTA 10 MCG PEN.....	58	calcium-vitamin d3.....	129	CENTRUM FLAVOR BURST	
BYETTA 5 MCG PEN.....	58	CALMOSEPTINE.....	169	ADULT.....	136
c 1000.....	136	CALQUENCE.....	16	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
c 500.....	136	CAMILA.....	62		136
c-1000.....	136	CAMRESE.....	62	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ..	136
c-1000/rose hips.....	136	CAMRESE LO.....	62	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c-250.....	136	candesartan cilexetil.....	48, 49	ADULT.....	136
c-500.....	136	candesartan cilexetil-hctz.....	52	CENTRUM KIDS.....	136
c-500/rose hips.....	136	capcof.....	101	CENTRUM MEN.....	136
cabergoline.....	67	CAPLYTA.....	116	CENTRUM MULTIGUMMIES.....	137
CABOMETYX.....	15	CAPRELSA.....	16	CENTRUM SILVER.....	137
calamine.....	169	capsaicin.....	169	CENTRUM SILVER 50+MEN.....	137
calamine phenolated.....	169	capsaicin pain relief.....	169	CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	137
calamine-zinc oxide.....	169	captopril.....	55	CENTRUM SILVER ADULT 50+ ..	137
CALCI-CHEW.....	128	CAPZASIN-HP.....	169	CENTRUM SILVER ULTRA	
CALCIDOL.....	136	carbamazepine.....	110	WOMENS.....	137
calcipotriene.....	167	carbamazepine er.....	110	CENTRUM SPECIALIST HEART ..	137
calcitonin (salmon).....	71	carbidopa-levodopa.....	108	CENTRUM SPECIALIST VISION..	137
CALCITRATE.....	128	carbidopa-levodopa er.....	108	CENTRUM ULTRA WOMENS.....	137
CALCITRENE.....	167	carbidopa-levodopa-entacapone ..	108	CENTRUM WOMEN.....	137
calcitriol.....	58	carboplatin.....	15	century.....	137
calcium.....	129	carboxymethylcellulose sod pf.....	91	century mature.....	137
calcium + d.....	128	carboxymethylcellulose sodium.....	91	cephalexin.....	45
calcium + vitamin d3.....	128	CARDIOTEK RX.....	136	CERALYTE 70.....	127
calcium 500 + d.....	128	carglumic acid.....	67	CERASPORT.....	127
calcium 500 + d3.....	128	carisoprodol.....	109	CERASPORT EX1.....	127
calcium 500 +d.....	128	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	163	CERAVE.....	169
calcium 500/d.....	128	carteolol hcl.....	89	CERAVE MOISTURIZING.....	169
calcium 500/vitamin d.....	128	CARTIA XT.....	51	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
calcium 500+d.....	128	carvedilol.....	51	SKIN.....	169
calcium 500+d high potency.....	128	caspofungin acetate.....	40	CERDELGA.....	67
calcium 500+d3.....	128	castellani paint modified.....	163	CEREFOLIN.....	137
calcium 600.....	128	CAYSTON.....	41	CEREZYME.....	67
calcium 600 + d.....	128	c-chewable.....	136	CEROVITE ADVANCED	
calcium 600 high potency.....	128	cefaclor.....	44	FORMULA.....	137

CEROVITE JR.....	137	clarithromycin.....	46	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	16
CEROVITE SENIOR.....	137	clarithromycin er.....	46	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>certa plus</i>	137	<i>classic prenatal</i>	137	SYRINGE.....	60
CERTA-VITE.....	137	CLEAR EYES NATURAL TEARS.....	91	<i>companion</i>	137
CERTAVITE SENIOR.....	137	CLEARLAX.....	78	COMPETE.....	137
CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	41	COMPLERA.....	39
SENIOR/ANTIOXIDANT.....	137	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	41	<i>complete</i>	138
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS.....	137	<i>clindamycin phosphate</i>	41, 82, 165	<i>complete allergy medicine</i>	95
CETAPHIL MOISTURIZING.....	169	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	41	<i>complete allergy relief</i>	95
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	169	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	41	<i>complete multivitamin/mineral</i>	137
<i>cetirizine hcl</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	133	<i>complete senior</i>	138
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	133	COMPRO.....	74
<i>cetirizine hcl childrens</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	133	<i>constulose</i>	78
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	95	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	133	COPIKTRA.....	16
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	102	<i>clini mix/dextrose (6/5)</i>	133	<i>coq10</i>	124
<i>cevimeline hcl</i>	163	<i>clini mix/dextrose (8/10)</i>	133	<i>coq-10</i>	125
<i>charcoal</i>	67	<i>clini mix/dextrose (8/14)</i>	133	CORLANOR.....	54
CHATEAL.....	62	CLINISOL SF.....	133	CORVITA.....	138
CHEMET.....	57	CLINOLIPID.....	133	CORVITA 150.....	86
<i>chest congestion relief</i>	102	<i>clobazam</i>	110	CORVITE 150.....	86
<i>chest congestion relief dm</i>	102	<i>clobetasol propionate</i>	167	<i>corvite fe</i>	86
<i>chewable vite childrens</i>	137	<i>clobetasol propionate e</i>	167	COTELLIC.....	16
<i>childrens acetaminophen</i>	34	<i>clomipramine hcl</i>	114	<i>cough dm</i>	102
CHILDRENS ADVIL.....	30	<i>clonazepam</i>	110	<i>cough dm childrens</i>	102
<i>childrens animal shapes</i>	137	<i>clonidine</i>	54	<i>cough/chest congestion dm</i>	102
<i>childrens apap</i>	34	<i>clonidine hcl</i>	54	<i>cream base</i>	55
<i>childrens chew multivitamin</i>	137	<i>clopidogrel bisulfate</i>	88	CREON.....	77
<i>childrens chewable multi vits</i>	137	<i>clorazepate dipotassium</i>	110	<i>cromolyn sodium</i>	75, 88, 99
<i>childrens chewable vitamins</i>	137	CLORPACTIN.....	169	CRYSSELLE-28.....	62
<i>childrens gummies</i>	137	<i>clotrimazole</i>	82, 163	CULTURELLE PROBIOTICS +	
<i>childrens ibuprofen</i>	30	<i>clotrimazole 3</i>	82	MULTIV.....	138
<i>childrens loratadine</i>	95	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	163	<i>cupric chloride</i>	133
<i>childrens multivitamin</i>	137	<i>clotrimazole athletes foot</i>	163	CVS AIRSHIELD.....	138
<i>childrens silapap</i>	34	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	163	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	163	<i>clozapine</i>	116	SUPPORT.....	138
<i>chlorhist</i>	95	<i>co q 10</i>	124	<i>cvs b complex plus c</i>	138
<i>chloroquine phosphate</i>	43	<i>co q10</i>	124	<i>cvs b-1</i>	138
<i>chlorpheniramine maleate</i>	95	<i>co q-10</i>	124	<i>cvs b6</i>	138
<i>chlorpromazine hcl</i>	116	COARTEM.....	43	<i>cvs biotin</i>	138
<i>chlorthalidone</i>	53	<i>coconut oil beauty</i>	169	<i>cvs calcium carbonate</i>	129
<i>cholestyramine</i>	49	<i>cod liver oil</i>	137	<i>cvs calcium citrate +d</i>	130
<i>cholestyramine light</i>	49	<i>coditussin ac</i>	102	<i>cvs calcium citrate +d3 mini</i>	130
CHROMAGEN.....	86	<i>coditussin dac</i>	102	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	130
<i>chromic chloride</i>	133	<i>coenzyme q10</i>	124	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	130
<i>ciclopirox olamine</i>	163	<i>coenzyme q-10</i>	124	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	138
<i>cilostazol</i>	85	<i>co-enzyme q10</i>	124	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	138
CILOXAN.....	90	<i>co-enzyme q-10</i>	124	<i>cvs childrens complete</i>	138
CIMDUO.....	39	COLACE.....	78	<i>cvs coenzyme q-10</i>	125
<i>cinacalcet hcl</i>	67	COLACE 2-IN-1.....	78	<i>cvs cough dm</i>	102
CIPRO.....	46	<i>colchicine</i>	37	<i>cvs d3</i>	138
<i>ciprofloxacin hcl</i>	46, 90	<i>colchicine-probenecid</i>	37	<i>cvs daily gummies</i>	138
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	46	<i>colesevelam hcl</i>	49	<i>cvs daily gummies adult</i>	138
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	94	<i>colestipol hcl</i>	49	<i>cvs daily multiple for men</i>	138
<i>cisplatin</i>	15	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	41	<i>cvs daily multiple for women</i>	138
<i>citalopram hydrobromide</i>	114	COMBIGAN.....	89	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	138
CITRACAL MAXIMUM.....	129	COMBIVENT RESPIMAT.....	98	<i>cvs e</i>	138
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	129	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvs electrolyte solution</i>	127
<i>citrus calcium +d</i>	129	DOSE).....	16	<i>cvs eye health & lutein</i>	138
<i>citrus calcium/vitamin d</i>	129	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvs eye health adult 50+</i>	138
CLARAVIS.....	165	DOSE).....	16	<i>cvs folic acid</i>	138

<i>cvs gauze sterile</i>	60	<i>d 2000</i>	139	DERMACINRX FOLTAMIN.....	140
<i>cvs glucose</i>	57	<i>d 400</i>	139	DERMACINRX RIBOTIN-E.....	140
<i>cvs gummy dinos</i>	138	<i>d 5000</i>	139	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	140
<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	138	<i>d-1000 extra strength</i>	139	DERMAFUNGAL.....	164
<i>cvs iron</i>	86	<i>d2000 ultra strength</i>	139	DESCOVY.....	39
<i>cvs jock itch</i>	163	<i>d3</i>	139	DESENEX.....	164
CVS KETONE CARE.....	68	<i>d3 high potency</i>	139	<i>desipramine hcl</i>	114
<i>cvs lice treatment</i>	168	<i>d3 maximum strength</i>	139	<i>desmopressin ace spray refig</i>	68
<i>cvs magnesium</i>	130	<i>d3 super strength</i>	139	<i>desmopressin acetate</i>	68
<i>cvs magnesium oxide</i>	130	<i>d3 vitamin</i>	139	<i>desmopressin acetate pf</i>	68
<i>cvs mens daily gummies</i>	138	<i>d3-1000</i>	140	<i>desmopressin acetate spray</i>	68
<i>cvs moisturizing</i>	170	<i>d-3-5</i>	140	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	63
<i>cvs moisturizing extra dry</i>	170	D3-50.....	140	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	114
<i>cvs one daily essential</i>	138	<i>d-400</i>	140	<i>dexamethasone</i>	70
<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	138	<i>d-5000</i>	140	DEXAMETHASONE INTENSOL.....	70
<i>cvs one daily mens formula</i>	138	<i>daily multi</i>	140	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...70	
<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	138	<i>daily multiple vitamins</i>	140	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	70, 90
<i>cvs one daily womens formula</i>	138	<i>daily multiple vitaminsliron</i>	140	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	124
<i>cvs oyster shell calcium+vit d</i>	130	<i>daily multivitamin</i>	140	<i>dextromethorphan hbr</i>	102
<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	130	<i>daily value multivitamin</i>	140	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	102
<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	127	<i>daily vitamin</i>	140	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	102
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	127	<i>daily vitamin formula</i>	140	<i>dextrose</i>	133
<i>cvs pinworm treatment</i>	41	<i>daily vitamin formula+iron</i>	140	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	125
<i>cvs spectravite adult 50+</i>	138	<i>daily vitamin formula+minerals</i>	140	<i>dextrose in lactated ringers</i>	125
<i>cvs spectravite adults</i>	138	<i>daily vitamins</i>	140	<i>dextrose-nacl</i>	125
<i>cvs spectravite advanced</i>	139	<i>daily vite</i>	140	<i>dextrose-sodium chloride</i>	125
<i>cvs spectravite men</i>	139	<i>daily vite multivitaminliron</i>	140	<i>diabetes health formula</i>	140
<i>cvs spectravite men 50+</i>	139	<i>daily vites</i>	140	DIABETIC TUSSIN DM.....	102
<i>cvs spectravite senior</i>	139	<i>daily vitesliron</i>	140	DIABETIDERM.....	170
<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	139	<i>daily-vite</i>	140	DIABETIDERM FOOT	
<i>cvs spectravite ultra mens</i>	139	<i>daily-vite multivitamin</i>	140	REJUVENATING.....	170
<i>cvs spectravite ultra women</i>	139	<i>daily-viteliron/beta-carotene</i>	140	DIACOMIT.....	110
<i>cvs spectravite women</i>	139	<i>dalfampridine er</i>	121	DIALYVITE.....	141
<i>cvs spectravite women 50+</i>	139	DALIRESP.....	99	DIALYVITE 3000.....	140
<i>cvs spectravite womens senior</i>	139	<i>danazol</i>	69	DIALYVITE 5000.....	141
<i>cvs super b complex/c</i>	139	<i>dantrolene sodium</i>	109	DIALYVITE 800.....	141
<i>cvs vision health</i>	139	<i>dapsone</i>	41	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	141
<i>cvs vitamin b12</i>	139	DAPTACEL.....	27	DIALYVITE 800/ZINC.....	141
<i>cvs vitamin b-12</i>	139	<i>daptomycin</i>	41	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	141
<i>cvs vitamin c</i>	139	DASETTA 1/35.....	63	DIALYVITE SUPREME D.....	141
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	139	DASETTA 7/7/7.....	63	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	141
<i>cvs vitamin d3</i>	139	DAURISMO.....	16	DIALYVITE/ZINC.....	141
<i>cvs vitamin e</i>	139	<i>dayavite</i>	140	<i>diamode</i>	73
<i>cvs womens active daily</i>	139	DAYSEE.....	63	<i>diazepam</i>	110
<i>cvs womens daily gummies</i>	139	DEBLITANE.....	63	DIAZEPAM INTENSOL.....	110
<i>cvs zinc gluconate</i>	130	DEBROX.....	172	<i>diazoxide</i>	57
<i>cyanocobalamin</i>	139	DECARA.....	140	<i>diclofenac potassium</i>	30
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	109	DECUBI-VITE.....	140	<i>diclofenac sodium</i>	30, 90, 170
<i>cyclophosphamide</i>	15	<i>deferasirox</i>	58	<i>diclofenac sodium er</i>	30
<i>cycloserine</i>	39	<i>deferasirox granules</i>	57	<i>dicloxacillin sodium</i>	47
<i>cyclosporine</i>	26, 27	<i>dekas bariatric</i>	140	<i>dicyclomine hcl</i>	75
<i>cyclosporine modified</i>	26	DEKAS PLUS.....	140	<i>diethylpropion hcl</i>	122
<i>cyproheptadine hcl</i>	95	DEKAS PLUS OCEAN.....	140	<i>diethylpropion hcl er</i>	122
CYRED EQ.....	63	DELESTROGEN.....	69	DIFFERIN.....	165
CYSTADROPS.....	91	DELSTRIGO.....	39	DIFICID.....	46
CYSTAGON.....	68	DELSYM.....	102	<i>diflunisal</i>	30
CYSTARAN.....	91	DELSYM COUGH CHILDRENS....	102	<i>difluprednate</i>	90
<i>cytarabine</i>	22	<i>delta d3</i>	140	<i>digoxin</i>	54
<i>d 1000</i>	139	DENG VAXIA.....	27	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	119
<i>d 10000</i>	139	DERMABASE.....	170		

DILANTIN.....	110	D-VI-SOL.....	141	ENTRESTO.....	52
DILANTIN INFATABS.....	110	DYNA-HEX 4.....	170	<i>enulose</i>	78
<i>diltiazem hcl</i>	51	<i>e 1000</i>	141	EPCLUSA.....	43
<i>diltiazem hcl er</i>	51	E.E.S. 400.....	46	EPIDIOLEX.....	111
<i>diltiazem hcl er beads</i>	51	<i>e200</i>	141	<i>epinephrine</i>	99
<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	51	<i>e-200</i>	141	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	54
<i>dilt-xr</i>	51	<i>e-400</i>	141	EPITOL.....	111
DINO-LIFE.....	141	<i>ear drops</i>	172	EPIVIR HBV.....	43
<i>diphen</i>	95	<i>ear drops earwax aid</i>	172	<i>eplerenone</i>	48
<i>diphenhist</i>	95	<i>earwax removal</i>	172	EPRONTIA.....	111
<i>diphenhydramine hcl</i>	96	<i>earwax removal kit</i>	172	<i>epsom salt</i>	78
<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	96	<i>ec-naproxen</i>	30	<i>eq calcium 500+d</i>	130
<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	170	ECOTRIN.....	34	<i>eq calcium citrate+d</i>	130
<i>diphenoxylate-atropine</i>	75	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	34	<i>eq complete multivit adult 50+</i>	141
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	28	<i>ed chlorped jr</i>	96	<i>eq complete multivitamin child</i>	141
<i>dipyridamole</i>	88	<i>ed-a-hist dm</i>	102	<i>eq complete multivitamin-adult</i>	141
<i>disney cars gummies</i>	141	<i>ed-apap</i>	34	<i>eq cough dm</i>	102
<i>disney princess gummies</i>	141	EDURANT.....	37	<i>eq lice killing max st</i>	168
<i>disopyramide phosphate</i>	49	<i>efavirenz</i>	37	<i>eq multivitamin gummies</i>	141
<i>disulfiram</i>	122	<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	39	<i>eq one daily mens 50+</i>	141
<i>divalproex sodium</i>	111	<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	39	<i>eq one daily mens health</i>	141
<i>divalproex sodium er</i>	111	ELDERTONIC.....	141	<i>eq one daily womens health</i>	141
DML FORTE.....	170	ELFOLATE PLUS.....	141	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	170
<i>docetaxel</i>	23	ELIGARD.....	21	<i>eql all day allergy</i>	96
<i>docu</i>	78	ELINEST.....	63	<i>eql allergy/congestion relief</i>	102
DOCU LIQUID.....	78	ELIQUIS.....	84	<i>eql antacid/anti-gas</i>	72
<i>docusate calcium</i>	78	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	84	<i>eql b complex 50</i>	141
<i>docusate mini</i>	78	ELLECE.....	22	<i>eql b-6</i>	141
<i>docusate sodium</i>	78	ELURYNG.....	63	<i>eql calcium citrate/vitamin d</i>	130
DOCUSOL MINI.....	78	EMCYT.....	21	<i>eql calcium citrate/vitamin d3</i>	130
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA.....	78	EMERGEN-C VITAMIN C.....	141	<i>eql calcium/vitamin d</i>	130
<i>dofetilide</i>	49	EMOLLIA-CREME.....	170	<i>eql century</i>	142
DOK.....	78	<i>emollient base</i>	55	<i>eql century mature</i>	142
<i>donepezil hcl</i>	113	EMOQUETTE.....	63	<i>eql century mature adults 50+</i>	141
DOPTelet.....	85	EMSAM.....	115	<i>eql century mens</i>	142
<i>dorzolamide hcl</i>	89	<i>emtricitabine</i>	37	<i>eql child multivit/minerals</i>	142
<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	89	<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	39	<i>eql coq10</i>	125
DOTTI.....	69	EMTRIVA.....	37	<i>eql iron supplement therapy</i>	86
DOVATO.....	39	EMVERM.....	41	<i>eql one daily mens 50+ advance</i> ... <td>142</td>	142
<i>doxazosin mesylate</i>	50	<i>enalapril maleate</i>	55	<i>eql one daily mens health</i>	142
<i>doxepin hcl</i>	114, 120	<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>eql one daily womens 50+ adv</i>	142
<i>doxorubicin hcl</i>	22	ENBREL.....	24	<i>eql slow release iron</i>	86
<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	22	ENBREL MINI.....	24	<i>eql super b complex/vitamin c</i>	142
DOXY 100.....	48	ENBREL SURECLICK.....	24	<i>eql vision formula</i>	142
<i>doxycycline hyclate</i>	48	ENDARI.....	85	<i>eql vitamin b-12</i>	142
<i>doxycycline monohydrate</i>	48	ENDOCET.....	31	<i>eql vitamin b-12 tr</i>	142
DRISDOL.....	141	ENDUR-ACIN.....	141	<i>eql vitamin c</i>	142
DRIZALMA SPRINKLE.....	114	ENDUR-C.....	141	<i>eql vitamin c/rose hips</i>	142
<i>dronabinol</i>	74	<i>enema</i>	78	<i>eql vitamin d3</i>	142
<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	63	<i>enema ready-to-use</i>	78	<i>eql vitamin e</i>	142
<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	63	ENEMEEZ MINI.....	78	<i>ergocalciferol</i>	142
DROXIA.....	85	ENEMEEZ PLUS.....	78	<i>ergotamine-caffeine</i>	119
<i>droxidopa</i>	54	ENFAMIL ENFALYTE.....	127	ERIVEDGE.....	16
DRY EYE FORMULA.....	141	ENGERIX-B.....	28	ERLEADA.....	21
<i>dry eye relief drops</i>	91	<i>enoxaparin sodium</i>	84	<i>erlotinib hcl</i>	16
<i>dss</i>	78	ENPRESSE-28.....	63	ERRIN.....	63
<i>duloxetine hcl</i>	115	ENSKYCE.....	63	<i>ertapenem sodium</i>	41
DUPIXENT.....	24	ENSTILAR.....	167	<i>ery</i>	165
<i>dutasteride</i>	84	<i>entacapone</i>	109	ERY-TAB.....	46
<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	84	<i>entecavir</i>	43	ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	46

ERYTHROCIN STEARATE.....	46	<i>felodipine er</i>	51	FLORIVA PLUS.....	143
<i>erythromycin</i>	46, 90, 165	FEMYNOR.....	63	FLOVENT DISKUS.....	100
<i>erythromycin base</i>	46	<i>fenofibrate</i>	50	FLOVENT HFA.....	100
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	46	<i>fenofibrate micronized</i>	50	<i>fluconazole</i>	40
<i>erythromycin lactobionate</i>	46	<i>fentanyl</i>	32	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	40
ESBRIET.....	99	<i>fentanyl citrate</i>	31	<i>flucytosine</i>	40
<i>escitalopram oxalate</i>	115	FERAHEME.....	86	<i>fludrocortisone acetate</i>	70
<i>esomeprazole magnesium</i>	77	FERATE.....	86	<i>flunisolide</i>	100
ESSENTIA.....	142	FERGON.....	86	<i>fluocinolone acetonide</i>	94, 167
<i>essential balance</i>	142	FERIVA 21/7.....	86	<i>fluocinolone acetonide body</i>	167
ESTARYLLA.....	63	FERIVAF A.....	86	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	168
ESTER-C.....	142	<i>ferocon</i>	86	<i>fluocinonide</i>	168
<i>estradiol</i>	69	FEROSUL.....	86	<i>fluocinonide emulsified base</i>	168
<i>estradiol valerate</i>	69	FERRALET 90.....	86	<i>fluorometholone</i>	90
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	69	<i>ferretts</i>	86	<i>fluorouracil</i>	22, 170
ESTROVEN MENOPAUSE		FERREX 150.....	86	<i>fluoxetine hcl</i>	115
SUPPLEMENT.....	142	<i>ferric x-150</i>	86	<i>fluphenazine decanoate</i>	117
<i>eszopiclone</i>	120	FERRLECIT.....	86	<i>fluphenazine hcl</i>	117
<i>ethambutol hcl</i>	39	<i>ferrous fumarate</i>	86	<i>flurbiprofen</i>	30
<i>ethosuximide</i>	111	<i>ferrous gluconate</i>	86	<i>flurbiprofen sodium</i>	90
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	63	<i>ferrous sulfate</i>	86	<i>fluticasone propionate</i>	100, 168
<i>etodolac</i>	30	<i>fesoterodine fumarate er</i>	83	<i>fluvoxamine maleate</i>	109
<i>etodolac er</i>	30	FETZIMA.....	115	<i>folate</i>	143
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	63	FETZIMA TITRATION.....	115	<i>folbee</i>	143
<i>etoposide</i>	23	FEVERALL ADULTS.....	34	<i>folbee plus</i>	143
<i>etravirine</i>	37	FEVERALL CHILDRENS.....	34	FOLBIC.....	143
EUCERIN ADVANCED REPAIR		FEVERALL INFANTS.....	34	<i>folic acid</i>	143
HAND.....	170	FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 34		FOLIFLEX.....	143
EUCERIN CALMING DAILY		<i>fexofenadine hcl</i>	96	<i>folika-mg</i>	143
MOIST.....	170	FIASP.....	60	FOLITAB 500.....	86
EUCERIN PLUS.....	170	FIASP FLEXTOUCH.....	60	<i>folite</i>	143
EUCERIN SKIN CALMING.....	170	FIASP PENFILL.....	60	FOLITIN-Z.....	143
EULEXIN.....	21	<i>fiber</i>	78	FOLIVANE-F.....	87
EUTHYROX.....	57	<i>fiber laxative</i>	78	FOLIVANE-PLUS.....	87
EVAC-U-GEN.....	78	<i>fiber laxative + calcium</i>	78	FOLIXAPURE.....	143
<i>everolimus</i>	16, 27	<i>fiber-lax</i>	78	<i>folplex 2.2</i>	143
EVOTAZ.....	40	<i>finasteride</i>	84	FOLTABS 800.....	143
EXEL COMFORT POINT PEN		<i> fingolimod hcl</i>	121	FOLTANX.....	143
NEEDLE.....	60	FINTEPLA.....	111	FOLTRATE.....	143
<i>exemestane</i>	21	FINZALA.....	63	FOLTREXYL.....	143
EXKIVITY.....	16	<i>first aid antibiotic</i>	166	<i>fondaparinux sodium</i>	84
<i>eye health + lutein</i>	142	<i>first aid antiseptic</i>	170	FORTAVIT.....	143
<i>eye multivitamin/lutein</i>	142	FLAC.....	94	FORTEO.....	71
<i>eye multivitamin/sodium</i>	142	FLAREX.....	90	<i>fosamprenavir calcium</i>	38
<i>eyeprotect</i>	142	FLEBOGAMMA DIF.....	25	FOSFREE.....	143
<i>ezetimibe</i>	49	<i>flecainide acetate</i>	49	<i>fosinopril sodium</i>	55
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	50	FLEET ENEMA.....	78	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	53
<i>fabb</i>	142	FLINSTONES GUMMIES OMEGA- 3 DHA.....	142	FOTIVDA.....	16
FABRAZYME.....	68	FLINSTONES COMPLETE.....	142	FREAMINE III.....	133
FALMINA.....	63	FLINSTONES GUMMIES.....	142	<i>freedavite</i>	143
<i>famciclovir</i>	43	FLINSTONES GUMMIES BONE BUILD.....	142	<i>fruit c 500</i>	143
<i>famotidine</i>	71	FLINSTONES GUMMIES COMPLETE.....	142	<i>fruity c</i>	143
<i>famotidine (pf)</i>	71	FLINSTONES GUMMIES PLUS.....	143	<i>fruity chews</i>	143
<i>famotidine premixed</i>	71	FLINSTONES PLUS CALCIUM.....	143	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	143
FANAPT.....	116	FLINSTONES SOUR GUMMIES.....	143	<i>fulvestrant</i>	21
FANAPT TITRATION PACK.....	117	FLINSTONES W/IRON.....	143	FUNGOID TINCTURE.....	164
FARXIGA.....	58	FLINSTONES/MY FIRST.....	143	<i>furosemide</i>	53
FASENRA.....	99			FUSION.....	87
FASENRA PEN.....	99			FUSION PLUS.....	87
<i>felbamate</i>	111			FUZEON.....	38

FYAVOLV.....	69	glimepiride.....	58	GNP CLEARLAX.....	79
FYCOMPA.....	111	glipizide.....	59	gnp clotrimazole 3.....	82
<i>gabapentin</i>	111	glipizide er.....	58, 59	gnp co q10.....	125
<i>galantamine hydrobromide</i>	114	glipizide xl.....	59	gnp cough dm er.....	102
<i>galantamine hydrobromide er</i>	114	glipizide-metformin hcl.....	59	gnp cough gels.....	102
GAMASTAN.....	25	global alcohol prep ease.....	60	gnp d 1000.....	144
GAMMAGARD.....	26	GLUCO BURST.....	57	gnp diabetic support formula.....	144
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	26	glucoten.....	144	gnp ear drops.....	172
GAMMAKED.....	26	GLUTOSE 5.....	57	gnp earwax removal drops.....	172
GAMMAPLEX.....	26	glycerin (adult).....	79	gnp earwax removal kit.....	172
GAMUNEX-C.....	26	glycerin (infants & children).....	79	gnp electrolyte solution.....	127
<i>ganciclovir sodium</i>	43	glycerin adult.....	79	gnp epsom salt.....	79
GARDASIL 9.....	28	glycerin childrens.....	79	gnp essential one daily.....	144
<i>gas relief</i>	75	GLYCOLAX.....	79	gnp fiber-caps.....	79
<i>gas relief drops infants</i>	75	glycopyrrolate.....	75	gnp folic acid.....	144
<i>gas relief extra strength</i>	75	GLYDO.....	165	gnp gas relief.....	76
<i>gas relief infants</i>	75	GLYXAMBI.....	59	gnp gas relief extra strength.....	75, 76
<i>gas relief ultra strength</i>	75	gnp 8 hour arthritis relief.....	34	gnp gentle laxative.....	79
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	75	gnp 8 hour pain relief.....	34	gnp glycerin (adult).....	79
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	75	gnp 8 hour pain reliever.....	34	gnp glycerin child.....	79
<i>gatifloxacin</i>	90	gnp acetaminophen.....	34	gnp hair/skin/nails.....	144
GATTEX.....	75	gnp acetaminophen ex st.....	34	gnp healthy eyes.....	144
<i>gavilax</i>	78	gnp all day allergy.....	96	gnp healthy eyes supervision.....	144
GAVILYTE-C.....	78	gnp all day allergy childrens.....	96	gnp ibuprofen childrens.....	30
GAVILYTE-G.....	79	gnp all day allergy-d.....	102	gnp ibuprofen infants.....	30
GAVRETO.....	16	gnp allergy.....	96	gnp infant gas relief.....	76
<i>gemcitabine hcl</i>	22	gnp allergy & congestion.....	102	gnp infants pain/fever.....	34
<i>gemfibrozil</i>	50	gnp allergy childrens.....	96	gnp iron.....	87
GEMTESA.....	83	gnp allergy relief.....	96	gnp k-pec.....	73
<i>genadek step 1</i>	143	gnp allergy relief 24 hr.....	96	gnp laxative.....	79
<i>genadek step 2</i>	143	gnp allergy relief max st.....	96	gnp lice treatment.....	168
<i>generlac</i>	79	gnp allergy/congestion relief.....	102	gnp lidocaine pain relief.....	170
GENGRAF.....	27	gnp antacid & anti-gas.....	72	gnp little ones childrens.....	144
GENOTROPIN.....	68	gnp antacid regular strength.....	72	gnp loratadine.....	96
GENOTROPIN MINIQUEL.....	68	gnp antibacterial urinary pain.....	41	gnp loratadine childrens.....	96
GENTAK.....	90	gnp anti-diarrheal.....	73	gnp lubricating plus eye drops.....	91
<i>gentamicin in saline</i>	41	gnp anti-gas.....	75	gnp mega multi for men.....	144
<i>gentamicin sulfate</i>	41, 90, 166	gnp anti-itch.....	170	gnp mega multi for women.....	144
GENTEAL SEVERE.....	91	gnp antiseptic skin cleanser.....	170	gnp melatonin.....	125
GENTEAL TEARS.....	91	gnp arthritis pain relief.....	34	gnp melatonin maximum strength.....	125
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	91	gnp artificial tears.....	91	gnp miconazole 3.....	82
GENTEAL TEARS PF.....	91	gnp aspirin.....	34	gnp miconazole 7.....	83
GENTEAL TEARS SEVERE.....		gnp aspirin low dose.....	34	gnp miconazorb af.....	164
DAY/NIGHT.....	91	gnp athletes foot.....	164	gnp milk of magnesia.....	79
<i>gentle laxative</i>	79	gnp bacitracin zinc.....	166	gnp mucus er.....	102
<i>gentlelax</i>	79	gnp biotin.....	144	gnp mucus relief.....	103
GENVOYA.....	40	gnp calamine.....	170	gnp nasal decongestant.....	103
GERBER GROW MIGHTY.....	143	gnp calcium.....	130	gnp nasal decongestant pe.....	103
<i>geri-dryl</i>	96	gnp calcium 500 +d3.....	130	gnp nasal four spray.....	103
<i>geri-kot</i>	79	gnp calcium citrate +d3.....	130	gnp nasal spray.....	103
<i>geri-lanta</i>	72	gnp capsaicin.....	170	gnp nasal spray extra moist.....	103
<i>geri-lanta maximum strength</i>	72	gnp century.....	144	gnp nasal spray fast acting.....	103
<i>geri-mox</i>	72	gnp century adults 50+ senior.....	144	gnp natural fiber.....	79
<i>geri-pectate</i>	73	gnp century cardio health.....	144	gnp nicotine.....	122
<i>gerivite complete</i>	144	gnp century mature.....	144	gnp nicotine mini.....	122
GILENYA.....	121	gnp century ultimate mens.....	144	gnp nicotine polacrilex.....	122
GILOTTRIF.....	16	gnp century ultimate womens.....	144	gnp no drip nasal spray.....	103
<i>glatiramer acetate</i>	121	gnp childrens allergy.....	96	gnp nose drops extra strength.....	103
GLATOPA.....	121	gnp childrens complete.....	144	gnp one daily maximum.....	144
GLEOSTINE.....	15	gnp childrens ibuprofen.....	30	gnp one daily mens health 50+.....	144

<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	144	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	79	HEALTHYLAX	80
<i>gnp one daily plus iron</i>	144	GOODSENSE CLEARLAX	80	HEATHER	63
<i>gnp one daily womens</i>	144	<i>goodsense cough dm</i>	103	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	127
<i>gnp one daily womens 50+</i>	144	<i>goodsense cough dm childrens</i>	103	<i>hematinic/folic acid</i>	87
<i>gnp pain & fever childrens</i>	34	<i>goodsense epsom salt</i>	80	HEMATOGEN	87
<i>gnp pain & fever infants</i>	34	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	30	HEMATOGEN FA	87
<i>gnp pain relief</i>	34	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	30	HEMATOGEN FORTE	87
<i>gnp pain relief extra strength</i>	34	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	91	HEMOCYTE PLUS	87
<i>gnp pain relief nighttime</i>	122	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	103	HEMOCYTE-F	87
<i>gnp pediatric electrolyte</i>	127	<i>goodsense nicotine</i>	122	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	84
<i>gnp petroleum jelly</i>	55	<i>goodsense pain & fever child</i>	35	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	84
<i>gnp pink bismuth</i>	73	<i>goodsense pain & fever infants</i>	35	<i>heparin sodium (porcine)</i>	84
<i>gnp prenatal</i>	144	<i>goodsense pain relief</i>	35	HEPLISAV-B	28
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	103	<i>goodsense pain relief extra st</i>	35	HERCEPTIN	16
<i>gnp senna lax</i>	79	<i>goodsense senna laxative</i>	80	HERCEPTIN HYLECTA	16
<i>gnp senna plus</i>	79	<i>goodsense stimulant laxative</i>	80	HERZUMA	16
<i>gnp stomach relief</i>	73	<i>goodsense stomach relief</i>	73, 74	HETLIOZ	120
<i>gnp stool softener</i>	79	<i>goodsense tussin cf</i>	103	HIBERIX	28
<i>gnp stool softener ex st</i>	79	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	91	<i>high pot multivitamin/beta-car</i>	145
<i>gnp stool softener/laxative</i>	79	<i>granisetron hcl</i>	74	<i>high potency multivitlfa</i>	145
<i>gnp suphedrin</i>	103	<i>grape flavor</i>	55	<i>high potency multivitamin</i>	145
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	164	<i>griseofulvin microsize</i>	40	HISTEX-AC	103
<i>gnp therapeutic-m</i>	144	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	40	<i>hm acetaminophen childrens</i>	35
<i>gnp tolnaftate</i>	164	<i>guaiaatusin ac</i>	103	<i>hm adult aspirin</i>	35
<i>gnp triple antibiotic</i>	166	<i>guaifenesin</i>	103	<i>hm advanced antacid max st</i>	72
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	166	<i>guaifenesin ac</i>	103	<i>hm all day allergy</i>	96
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	103	<i>guaifenesin-codeine</i>	103	<i>hm all day allergy childrens</i>	96
<i>gnp tussin cough long acting</i>	103	<i>guaifenesin-dm</i>	103	<i>hm allergy & congestion</i>	103
<i>gnp tussin dm</i>	103	<i>guanfacine hcl</i>	54	<i>hm allergy complete-d</i>	103
<i>gnp tussin dm cough</i>	103	<i>guanfacine hcl er</i>	124	<i>hm allergy relief</i>	96
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	103	GUMMI BEAR		<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	96
<i>gnp vitamin a</i>	144	MULTIVITAMIN/MIN	145	<i>hm allergy relief childrens</i>	96
<i>gnp vitamin b-1</i>	144	GVOKE HYOPEN 2-PACK	57	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	103
<i>gnp vitamin b-12</i>	144	GVOKE KIT	57	<i>hm animal shapes</i>	145
<i>gnp vitamin b-6</i>	144	GVOKE PFS	57	<i>hm antacid</i>	72
<i>gnp vitamin c</i>	144, 145	H2Q	125	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	72
<i>gnp vitamin c drops</i>	144	HAEGARDA	85	<i>hm anti-diarrheal</i>	74
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	145	HAILEY 1.5/30	63	<i>hm antioxidant vitamins</i>	145
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	145	HAILEY 24 FE	63	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	170
<i>gnp vitamin d</i>	145	<i>hair formula extra strength</i>	145	<i>hm arthritis pain relief</i>	35
<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	145	<i>hair skin & nails advanced</i>	145	<i>hm aspirin</i>	35
<i>gnp vitamin d super strength</i>	145	<i>hair skin nails</i>	145	<i>hm aspirin ec</i>	35
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	145	<i>hair/skin/nails</i>	145	<i>hm aspirin ec low dose</i>	35
<i>gnp vitamin d-400</i>	145	<i>hair/skin/nails/biotin</i>	145	<i>hm bacitracin zinc</i>	166
<i>gnp vitamin e</i>	145	HALLS DEFENSE VITAMIN C		<i>hm biotin</i>	145
<i>gnp womens gentle laxative</i>	79	DROPS	145	<i>hm calamine</i>	170
<i>gnp zinc oxide</i>	170	<i>halobetasol propionate</i>	168	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	130
GOLD BOND ULTIMATE		<i>haloperidol</i>	117	<i>hm calcium citrate+vitamin d</i>	130
HEALING	170	<i>haloperidol decanoate</i>	117	<i>hm calcium-vitamin d</i>	130
GOLYTELY	79	<i>haloperidol lactate</i>	117	<i>hm cetirizine hcl</i>	96
GONAK	91	HARVONI	44	HM CLEARLAX	80
<i>goodsense all day allergy</i>	96	HAVRIX	28	<i>hm complete</i>	146
<i>goodsense aller-ease</i>	96	<i>healthy eyes</i>	145	<i>hm complete 50+</i>	145
<i>goodsense allergy relief</i>	96	<i>healthy eyes supervision 2</i>	145	<i>hm complete 50+ mens ultimate</i>	145
<i>goodsense antacid & gas relief</i>	72	<i>healthy eyes/lutein</i>	145	<i>hm complete 50+ women ultimate</i>	145
<i>goodsense arthritis pain</i>	34	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	145	<i>hm complete men</i>	145
<i>goodsense artificial tears</i>	91	<i>healthy hair/skin/nails</i>	145	<i>hm complete women</i>	146
<i>goodsense aspirin</i>	35	<i>healthy kids gummies</i>	145	<i>hm coq10</i>	125
<i>goodsense aspirin adults</i>	34	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		<i>hm cough dm</i>	103
<i>goodsense aspirin low dose</i>	35	ACHE	35	<i>hm dry eye relief</i>	91

<i>hm enema</i>	80	<i>hm vitamin d3</i>	146	IMBRUVICA.....	17
<i>hm fexofenadine hcl</i>	97	<i>hm vitamin e</i>	146	<i>imipenem-cilastatin</i>	42
<i>hm folic acid</i>	146	<i>hm womens 50+ advanced daily</i> ...	146	<i>imipramine hcl</i>	115
<i>hm gas relief</i>	76	HUMIRA.....	24, 25	<i>imiquimod</i>	170
<i>hm gas relief extra strength</i>	76	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>immune support</i>	146
<i>hm gas relief infants drops</i>	76	START.....	24	IMMUNERX.....	146
<i>hm gentle laxative</i>	80	HUMIRA PEN.....	24	IMOVAX RABIES.....	28
<i>hm hair/skin/nails</i>	146	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INCASSIA.....	63
<i>hm ibuprofen childrens</i>	30	STARTER.....	24	INCRELEX.....	68
<i>hm ibuprofen infants</i>	30	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRUSE ELLIPTA.....	94
<i>hm laxative</i>	80	START.....	24	<i>indapamide</i>	53
<i>hm lice killing max st</i>	168	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		INFANRIX.....	28
<i>hm lice treatment</i>	168	START.....	24	INFANTS ADVIL.....	30
<i>hm lidocaine patch</i>	170	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		<i>infants gas relief</i>	76
<i>hm loratadine</i>	97	STARTER.....	24	<i>infants ibuprofen</i>	30
<i>hm loratadine childrens</i>	97	HUMULIN R U-500		<i>infants simethicone</i>	76
<i>hm lubricating plus</i>	92	(CONCENTRATED).....	60	INFED.....	87
<i>hm lubricating tears</i>	92	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	61	<i>infliximab</i>	25
<i>hm mens 50+ advanced one daily</i>	146	HYCODAN.....	104	INFUVITE ADULT.....	146
<i>hm milk of magnesia</i>	80	<i>hydralazine hcl</i>	54	INFUVITE PEDIATRIC.....	146
<i>hm mucus relief</i>	104	HYDRALYTE.....	127	INGREZZA.....	119
<i>hm mucus relief max st</i>	104	HYDRASYN25.....	170	INJECTAFER.....	87
<i>hm nasal decongestant</i>	104	<i>hydrochlorothiazide</i>	53	INLYTA.....	17
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	104	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	104	INQOVI.....	22
<i>hm nasal decongestant pe</i>	104	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	32	INREBIC.....	17
<i>hm nasal spray</i>	104	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	104	INTEGRA.....	87
<i>hm niacin</i>	146	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	31	INTEGRA F.....	87
<i>hm niacin tr</i>	146	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	31	INTEGRA PLUS.....	87
<i>hm nicotine</i>	122	<i>hydrocortisone</i>	70, 77, 168	INTELENCE.....	38
<i>hm nicotine polacrilex</i>	122	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	170	INTRALIPID.....	133
<i>hm nose drops</i>	104	<i>hydromet</i>	104	INTRON A.....	26
<i>hm one daily mens</i>	146	<i>hydromorphone hcl</i>	31	INTROVALE.....	63
<i>hm one daily womens</i>	146	<i>hydrous emulsified base</i>	55	INVEGA HAFYERA.....	117
<i>hm pain & fever childrens</i>	35	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	146	INVEGA SUSTENNA.....	117
<i>hm pain & fever infants</i>	35	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	27	INVEGA TRINZA.....	117
<i>hm pain relief</i>	35	<i>hydroxyurea</i>	23	IPOL.....	28
<i>hm pain relief extra strength</i>	35	<i>hydroxyzine hcl</i>	97	<i>ipratropium bromide</i>	94
<i>hm pain relieve child dye-free</i>	35	<i>hydroxyzine pamoate</i>	97	<i>ipratropium-albuterol</i>	98
<i>hm pain reliever</i>	35	<i>hylazinc</i>	146	<i>irbesartan</i>	49
<i>hm pain reliever childrens</i>	35	HYSINGLA ER.....	32	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	52
<i>hm pain reliever infants</i>	35	<i>ibandronate sodium</i>	71	IRESSA.....	17
<i>hm pediatric electrolyte</i>	127	IBRANCE.....	16	<i>irinotecan hcl</i>	23
<i>hm petroleum jelly</i>	55	IBU.....	30	<i>iron</i>	87
<i>hm povidone-iodine</i>	170	<i>ibuprofen</i>	30	<i>iron 27</i>	87
<i>hm senna</i>	80	<i>ibuprofen childrens</i>	30	<i>iron chews pediatric</i>	87
<i>hm sinus nasal spray</i>	104	<i>ibuprofen infants</i>	30	<i>iron high-potency</i>	87
<i>hm stomach relief</i>	74	<i>ibuprofen junior strength</i>	30	<i>iron supplement</i>	87
<i>hm stool softener</i>	80	ICAPS.....	146	IS-D 10,000.....	146
<i>hm stool softener/laxative</i>	80	ICAPS AREDS FORMULA.....	146	ISENTRESS.....	38
<i>hm super vitamin b complex/c</i>	146	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	146	ISENTRESS HD.....	38
<i>hm triple antibiotic</i>	166	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	146	ISIBLOOM.....	63
<i>hm triple antibiotic max st</i>	166	ICAPS MV.....	146	ISOLYTE-P IN D5W.....	125
<i>hm tussin adult</i>	104	ICAR.....	87	ISOLYTE-S.....	125
<i>hm tussin adult dm</i>	104	<i>icatibant acetate</i>	85	ISOLYTE-S PH 7.4.....	125
<i>hm tussin adult multi-symptom</i>	104	ICLEVIA.....	63	<i>isoniazid</i>	39
<i>hm vitamin b-12</i>	146	ICLUSIG.....	17	ISOPTO ATROPINE.....	92
<i>hm vitamin b6</i>	146	IDHIFA.....	17	ISOPTO TEARS.....	92
<i>hm vitamin c</i>	146	IFEREX 150.....	87	<i>isosorbide dinitrate</i>	55
<i>hm vitamin c/rose hips</i>	146	ILEVRO.....	90	<i>isosorbide mononitrate</i>	55
<i>hm vitamin d</i>	146	<i>imatinib mesylate</i>	17	<i>isosorbide mononitrate er</i>	55

<i>isotretinoin</i>	165	KLOR-CON M10.....	126	<i>laxacin</i>	80
<i>isradipine</i>	51	KLOR-CON M15.....	126	<i>laxative</i>	80
<i>itch relief extra strength</i>	170	KLOR-CON M20.....	126	<i>laxative max str</i>	80
<i>itraconazole</i>	40	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	104	LAYOLIS FE.....	64
<i>ivermectin</i>	42	KLS ALLER-TEC D.....	104	<i>leader finger cream</i>	171
<i>i-vite</i>	146	<i>kobee</i>	146	LEENA.....	64
<i>i-vite protect</i>	146	<i>konsyl daily fiber</i>	80	<i>leflunomide</i>	27
IXIARO.....	28	KORLYM.....	68	<i>lenalidomide</i>	23
JAKAFI.....	17	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	146	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	17
JANTOVEN.....	84	<i>kp adults daily formula</i>	147	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	17
JANUMET.....	59	<i>kp b complex-c</i>	147	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET XR.....	59	<i>kp bisacodyl</i>	80	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18
JANUVIA.....	59	<i>kp calcium 600+d</i>	130	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18
JARDIANCE.....	59	<i>kp calcium citrate+d</i>	130	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18
JASMIEL.....	63	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	130	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18
JAVYGTOR.....	68	<i>kp ferrous gluconate</i>	87	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18
JENTADUETO.....	59	<i>kp ferrous sulfate</i>	87	LESSINA.....	64
JENTADUETO XR.....	59	<i>kp folic acid</i>	147	<i>letrozole</i>	21
JINTELI.....	69	<i>kp melatonin</i>	125	<i>leucovorin calcium</i>	22
JOLESSA.....	63	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	147	LEUKERAN.....	15
JULEBER.....	63	<i>kp mens daily formula</i>	147	<i>leuprolide acetate</i>	21
JULUCA.....	40	<i>kp niacin</i>	147	<i>levalbuterol hcl</i>	94
JUNEL 1.5/30.....	63	<i>kp prenatal multivitamins</i>	147	<i>levalbuterol tartrate</i>	94
JUNEL 1/20.....	64	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	104	LEVEMIR.....	61
JUNEL FE 1.5/30.....	64	<i>kp senna</i>	80	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	61
JUNEL FE 1/20.....	64	KP VISION FORMULA.....	147	<i>levetiracetam</i>	111, 112
JUNEL FE 24.....	64	KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	147	<i>levetiracetam er</i>	111
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	146	<i>kp vitamin b-12</i>	147	<i>levetiracetam in nacl</i>	111
JUST D.....	146	<i>kp vitamin b-6</i>	147	<i>levobunolol hcl</i>	89
KADCYLA.....	17	<i>kp vitamin d</i>	147	<i>levocarnitine</i>	68
KAITLIB FE.....	64	<i>kp vitamin d3</i>	147	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	97
KALYDECO.....	99	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	147	<i>levofloxacin</i>	46, 47
KANJINTI.....	17	<i>kp womens daily formula</i>	147	<i>levofloxacin in d5w</i>	46
KARIVA.....	64	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		LEVONEST.....	64
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	125	ST.....	147	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	64
KELNOR 1/35.....	64	KRAZATI.....	17	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	64
KELNOR 1/50.....	64	KURVELO.....	64	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	64
KERADAN.....	170	KYNMOBI.....	109	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	64
KERENDIA.....	48	<i>labetalol hcl</i>	51	LEVORA 0.15/30 (28).....	64
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	171	<i>lacosamide</i>	111	LEVO-T.....	57
KESIMPTA.....	121	<i>lactated ringers</i>	126	<i>levothyroxine sodium</i>	57
<i>ketoconazole</i>	40, 164, 167	LACTINOL HX.....	171	LEVOXYL.....	57
KETO-DIASTIX.....	68	<i>lactulose</i>	80	LEXIVA.....	38
<i>ketorolac tromethamine</i>	90	<i>lactulose encephalopathy</i>	80	<i>lice killing</i>	168
KEVZARA.....	25	LAMISIL AT.....	164	<i>lice killing maximum strength</i>	168
KEYTRUDA.....	17	<i>lamivudine</i>	38, 44	<i>lice treatment creme rinse</i>	168
KINDERLYTE.....	127	<i>lamivudine-zidovudine</i>	40	<i>lidocaine</i>	166
KINDERLYTE PREMAX.....	127	<i>lamotrigine</i>	111	<i>lidocaine hcl</i>	37, 166
KINRIX.....	28	<i>lamotrigine er</i>	111	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	37
KISQALI (200 MG DOSE).....	17	<i>lansoprazole</i>	77	<i>lidocaine hcl urethral/mucosal</i>	166
KISQALI (400 MG DOSE).....	17	LANTUS.....	61	<i>lidocaine pain relief</i>	171
KISQALI (600 MG DOSE).....	17	LANTUS SOLOSTAR.....	61	<i>lidocaine pain relieving</i>	171
KISQALI FEMARA (200 MG		<i>lapatinib ditosylate</i>	17	<i>lidocaine viscous hcl</i>	163
DOSE).....	23	LARIN 1.5/30.....	64	<i>lidocaine-prilocaine</i>	166
KISQALI FEMARA (400 MG		LARIN 1/20.....	64	LILLOW.....	64
DOSE).....	23	LARIN 24 FE.....	64	<i>linezolid</i>	42
KISQALI FEMARA (600 MG		LARIN FE 1.5/30.....	64	<i>linezolid in sodium chloride</i>	42
DOSE).....	23	LARIN FE 1/20.....	64	LINZESS.....	76
KLOR-CON.....	126, 127	<i>latanoprost</i>	89	<i>liothyronine sodium</i>	57
KLOR-CON 10.....	126	LATUDA.....	117	<i>liquid acetaminophen</i>	35

<i>liquid allergy relief</i>	97	MACUVITE EYE CARE.....	147	<i>mercaptopurine</i>	22
<i>liquid pain relief</i>	35	MACUVITE/LUTEIN.....	147	MERIBIN.....	148
<i>lisinopril</i>	55	MAG64.....	130	<i>meropenem</i>	42
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>mag-al plus</i>	72	<i>mesalamine</i>	77
<i>lithium carbonate</i>	119	<i>mag-al plus xs</i>	72	<i>mesalamine er</i>	77
<i>lithium carbonate er</i>	119	MAGDELAY.....	130	<i>mesalamine-cleanser</i>	77
<i>l-methylfolate calcium</i>	147	<i>magdelay</i>	130	MESNEX.....	22
<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	147	<i>mag-g</i>	130	METADATE ER.....	124
<i>l-methyl-mc</i>	147	MAGNEBIND 300.....	130	METAFOLBIC.....	148
<i>l-methyl-mc nac</i>	147	MAGNEBIND 400.....	130	METAFOLBIC PLUS.....	148
LOESTRIN 1.5/30 (21).....	64	<i>magnesium gluconate</i>	130	<i>metformin hcl</i>	59
LOESTRIN 1/20 (21).....	64	<i>magnesium oxide</i>	72, 131	<i>metformin hcl er</i>	59
LOESTRIN FE 1.5/30.....	64	<i>magnesium sulfate</i>	126	<i>methadone hcl</i>	32
LOESTRIN FE 1/20.....	64	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	126	METHADONE HCL INTENSOL.....	32
<i>lohist-dm</i>	104	MAGNESIUM-OXIDE.....	131	<i>methazolamide</i>	53
LOKELMA.....	58	MAGOX 400.....	131	<i>methenamine hippurate</i>	42
LOMAIRA.....	122	<i>malathion</i>	168	<i>methimazole</i>	57
LONSURF.....	22	<i>manganese chloride</i>	131	<i>methocarbamol</i>	109
<i>loperamide hcl</i>	74, 76	<i>mapap</i>	35	<i>methotrexate sodium</i>	22, 27
<i>lopinavir-ritonavir</i>	40	<i>mapap arthritis pain</i>	35	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
<i>loradamed</i>	97	MAPAP CHILDRENS.....	35	<i>methylphenidate hcl</i>	124
<i>loratadine</i>	97	<i>maraviroc</i>	38	<i>methylphenidate hcl er</i>	124
<i>loratadine childrens</i>	97	MAR-COF CG EXPECTORANT	104	<i>methylprednisolone</i>	70
<i>loratadine-d 12hr</i>	104	<i>marlissa</i>	65	<i>methylprednisolone acetate</i>	70
<i>loratadine-d 24hr</i>	104	MARPLAN.....	115	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	70
<i>lorazepam</i>	109	MATULANE.....	23	<i>metoclopramide hcl</i>	74
LORAZEPAM INTENSOL.....	109	MAVYRET.....	44	<i>metolazone</i>	53
LORBRENA.....	18	MAXIMUM D3.....	147	<i>metoprolol succinate er</i>	51
LORYNA.....	64	<i>maximum daily green</i>	147	<i>metoprolol tartrate</i>	51
<i>losartan potassium</i>	49	<i>maxi-tuss ac</i>	104	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	50
<i>losartan potassium-hctz</i>	52	<i>maxi-tuss cd</i>	104	<i>metronidazole</i>	42, 83, 171
LOTEMAX.....	91	<i>maxi-tuss g</i>	104	<i>metyrosine</i>	54
<i>lovastatin</i>	50	<i>maxi-tuss gmx</i>	104	<i>mgo</i>	131
LOW-OGESTREL.....	64	<i>m-clear wc</i>	104	<i>micafungin sodium</i>	40
<i>loxapine succinate</i>	117	<i>m-dryl</i>	97	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	83
<i>lubricant eye drops</i>	92	<i>meclizine hcl</i>	74	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	83
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	92	<i>medi-first triple antibiotic</i>	166	<i>miconazole 7</i>	83
<i>lubricant eye drops pf</i>	92	MEDPURA ZINC OXIDE.....	171	<i>miconazole antifungal</i>	164
<i>lubricating eye drops</i>	92	<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 65, 70		<i>miconazole nitrate</i>	83, 164
<i>lubricating plus eye drops</i>	92	<i>mefloquine hcl</i>	43	MICOTRIN AC.....	164
<i>lubricating tears eye drops</i>	92	MEGA MULTI MEN.....	147	MICOTRIN AP.....	164
LUMAKRAS.....	18	<i>mega vm-80</i>	147	<i>microderm base</i>	55
LUMIGAN.....	89	<i>megavite fruits & veggies</i>	147	MICROGESTIN 1.5/30.....	65
LUMIZYME.....	68	<i>megavite golden years 55+</i>	147	MICROGESTIN 1/20.....	65
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	21	<i>megestrol acetate</i>	21, 70, 71	MICROGESTIN 24 FE.....	65
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	21	MEKINIST.....	18	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	65
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	68	MEKTOVI.....	18	MICROGESTIN FE 1/20.....	65
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	68	<i>melatonin</i>	55, 125	MICROSOME BASE.....	55
LUTERA.....	65	<i>melatonin maximum strength</i>	125	<i>midodrine hcl</i>	54
LYLEQ.....	65	<i>meloxicam</i>	30	<i>miglustat</i>	68
LYLLANA.....	69	<i>memantine hcl</i>	114	MILI.....	65
LYNPARZA.....	18	<i>memantine hcl er</i>	114	<i>milk of magnesia</i>	80
LYSIPLEX PLUS.....	147	MENACTRA.....	28	MILLTRIUM SENIOR.....	148
LYSODREN.....	21	MENQUADFI.....	28	MIMVEY.....	70
<i>lytgobi (12 mg daily dose)</i>	18	<i>mens 50+ advanced</i>	147	<i>minocycline hcl</i>	48
<i>lytgobi (16 mg daily dose)</i>	18	<i>mens daily formula/lycopene</i>	147	<i>minoxidil</i>	54
<i>lytgobi (20 mg daily dose)</i>	18	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	147	MINTOX.....	73
LYZA.....	65	<i>mens multivitamin</i>	147	<i>mintox maximum strength</i>	73
MACULAR HEALTH FORMULA....	147	MENVEO.....	28	MINTOX PLUS.....	73
MACUVITE.....	147	MEPHYTON.....	147	MIRALAX.....	80

<i>mirtazapine</i>	115	<i>multilex-t</i>	148	MYORISAN.....	165
<i>misoprostol</i>	76	<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	148	MYRBETRIQ.....	83
MITIGARE.....	37	<i>multiple vitamin</i>	148	<i>my-vitalife</i>	150
M-M-R II.....	28	<i>multiple vitamins</i>	148	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	87
<i>m-natal plus</i>	127	<i>multiple vitamins/iron</i>	148	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	80
<i>moexipril hcl</i>	55	<i>multipro</i>	148	<i>nabumetone</i>	30
<i>moisturizing cream</i>	171	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	148	<i>nadolol</i>	51
<i>molindone hcl</i>	117	<i>multivitamin</i>	149	<i>nafcillin sodium</i>	47
<i>mometasone furoate</i>	168	<i>multi-vitamin</i>	149	NAGLAZYME.....	68
MONISTAT 3 COMBINATION		<i>multivitamin & mineral</i>	148	<i>nalbuphine hcl</i>	32
PACK.....	83	<i>multivitamin adult</i>	148	<i>naloxone hcl</i>	122
MONISTAT 3 COMBO PACK APP..	83	<i>multivitamin adult (minerals)</i>	148	<i>naltrexone hcl</i>	122
MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	83	<i>multivitamin adult extra c</i>	148	NAMZARIC.....	114
MONJUVI.....	18	<i>multivitamin adults</i>	148	NAPHCN-A.....	88
MONOFERRIC.....	87	<i>multivitamin adults 50+</i>	148	<i>naproxen</i>	30
MONO-LINYAH.....	65	<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	149	<i>naproxen sodium</i>	30
<i>montelukast sodium</i>	101	<i>multi-vitamin daily</i>	149	<i>naratriptan hcl</i>	119
<i>morphine sulfate</i>	32	<i>multi-vitamin gummies</i>	149	<i>nasal decongestant</i>	105
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	31	<i>multivitamin gummies adult</i>	149	<i>nasal decongestant max st</i>	105
<i>morphine sulfate (pf)</i>	31	<i>multivitamin gummies mens</i>	149	<i>nasal decongestant pe</i>	105
<i>morphine sulfate er</i>	32	<i>multivitamin gummies womens</i>	149	<i>nasal decongestant pe max st</i>	105
MOVANTIK.....	76	<i>multivitamin men</i>	149	<i>nasal decongestant spray</i>	105
<i>moxifloxacin hcl</i>	47, 90	<i>multivitamin men 50+</i>	149	<i>nasal four</i>	105
<i>m-pap</i>	35	<i>multi-vitamin monocaps</i>	149	<i>nasal relief</i>	105
MTX SUPPORT.....	148	<i>multivitamin women</i>	149	<i>nasal spray 12 hour</i>	105
MUCINEX.....	105	<i>multivitamin women 50+</i>	149	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	105
MUCINEX CHILDRENS STUFFY		<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	149	<i>nasal spray no drip</i>	105
NOSE.....	105	<i>multivitamin/extra vitamin d3</i>	149	NASCOBAL.....	150
MUCINEX DM.....	105	<i>multivitamin/fluoride</i>	149	NATACYN.....	90
MUCINEX FAST-MAX CHEST		<i>multi-vitamin/iron</i>	149	<i>nateglinide</i>	59
CONG MS.....	105	<i>multi-vitamin/minerals</i>	149	NATPARA.....	71
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	105	<i>multivitamin/zinc stress</i>	149	<i>natural c/rose hips</i>	150
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>multivitamin-minerals</i>	149	<i>natural fiber laxative</i>	80
COOL.....	105	<i>multi-vitamins</i>	149	<i>natural senna laxative</i>	80
MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamins plus iron child</i>	149	<i>natural vitamin d-3</i>	150
SINUS/ALLRGY.....	105	<i>multivitamins/minerals adult</i>	149	NAYZILAM.....	112
<i>mucus & chest congestion</i>	105	<i>multi-vite</i>	149	<i>nebivolol hcl</i>	51
<i>mucus relief</i>	105	<i>multivit-min gummies childrens</i>	149	NECON 0.5/35 (28).....	65
<i>mucus relief dm</i>	105	<i>mupirocin</i>	166	<i>nefazodone hcl</i>	115
<i>mucus relief er</i>	105	MURINE EAR.....	172	<i>neomycin sulfate</i>	42
<i>mucus relief max st</i>	105	MURO 128.....	92	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	90
MULTAQ.....	49	MVASI.....	18	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	89
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	148	MVW COMPLETE FORMULATION	150	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	90
<i>multi adult gummies</i>	148		150	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	89, 94
<i>multi complete/iron</i>	148	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>neovite</i>	150
<i>multi for her</i>	148	D3000.....	149	NEPHPLEX RX.....	150
<i>multi for her 50+</i>	148	MVW COMPLETE FORMULATION		NEPHRON FA.....	87
MULTI FOR HIM.....	148	D5000.....	149	NEPHRO-VITE.....	150
<i>multi for him 50+</i>	148	MVW COMPLETE FORMULATION		NEPHRO-VITE RX.....	150
<i>multi vitamin</i>	148	MINIS.....	150	NERLYNX.....	18
<i>multi vitamin daily</i>	148	<i>myamulti</i>	150	<i>neti pot sinus wash</i>	99
<i>multi vitamin w/d-3</i>	148	<i>mycophenolate mofetil</i>	27	NEUPRO.....	109
<i>multi vitamin/minerals</i>	148	<i>mycophenolate sodium</i>	27	NEUTROGENA HAND.....	171
MULTI-BETIC DIABETES.....	148	MYCOZYL AC.....	164	<i>nevirapine</i>	38
<i>multi-day</i>	148	MYCOZYL AP.....	164	<i>nevirapine er</i>	38
<i>multi-day plus iron</i>	148	<i>myferon 150</i>	87	NEXAVAR.....	18
<i>multi-day plus minerals</i>	148	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	73	<i>niacin</i>	150
MULTIGEN.....	87	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	76	<i>niacin er</i>	150
MULTIGEN PLUS.....	87	<i>mynephrocaps</i>	150	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	50
<i>multilex</i>	148	MYNEPHRON.....	150	<i>niacinamide</i>	150

<i>nicardipine hcl</i>	51	<i>norwegian cod liver oil</i>	150	<i>omeprazole</i>	77
NICODERM CQ.....	122	NOVAFERRUM.....	87	<i>omnicap</i>	151
NICOMIDE.....	150	NOVAFERRUM 50.....	87	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5)....	61
NICORETTE.....	122	NOVAFERRUM PED MULTI VIT- IRON.....	150	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5).....	61
NICORETTE MINI.....	122	NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS.....	88	OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3) 61	
NICORETTE STARTER KIT.....	122	NOVOLIN 70/30.....	61	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	61
<i>nicotinamide</i>	150	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	61	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	61
<i>nicotine</i>	123	NOVOLIN N.....	61	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)...	61
<i>nicotine mini</i>	122	NOVOLIN N FLEXPEN.....	61	<i>once daily</i>	151
<i>nicotine polacrilex</i>	122, 123	NOVOLIN R.....	61	<i>once daily/iron</i>	151
<i>nicotine polacrilex mini</i>	122	NOVOLIN R FLEXPEN.....	61	ONCOVITE.....	151
<i>nicotine step 1</i>	123	NOVOLOG.....	61	<i>ondansetron</i>	75
<i>nicotine step 2</i>	123	NOVOLOG FLEXPEN.....	61	<i>ondansetron hcl</i>	74, 75
<i>nicotine step 3</i>	123	NOVOLOG MIX 70/30.....	61	ONE A DAY MENS VITACRAVES	151
NICOTROL.....	123	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	61	<i>one daily adults 50+</i>	151
NICOTROL NS.....	123	NOVOLOG PENFILL.....	61	<i>one daily calcium/iron</i>	151
<i>nifedipine er</i>	51	NOXAFIL.....	40	<i>one daily complete</i>	151
<i>nifedipine er osmotic release</i>	52	NUBEQA.....	21	ONE DAILY ESSENTIAL.....	151
NIFEREX.....	87	NUDEXTA.....	119	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	151
NIKKI.....	65	NUFERA.....	88	<i>one daily for men/lycopen</i>	151
<i>nilutamide</i>	21	NU-IRON.....	88	<i>one daily for women</i>	151
<i>nimodipine</i>	52	NULOJIX.....	27	<i>one daily for women 50+ adv</i>	151
NINJACOF-XG.....	105	NU-MAG.....	131	<i>one daily healthy weight adv</i>	151
NINLARO.....	18	NUPLAZID.....	117	<i>one daily maximum</i>	151
<i>nitazoxanide</i>	42	NURTEC.....	120	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	151
<i>nitisinone</i>	68	NUTRADERM.....	171	<i>one daily mens health</i>	151
NITRO-BID.....	55	NUTRILIPID.....	133	<i>one daily multivitamin adult</i>	151
<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	42	NUZYRA.....	48	<i>one daily multivitamin/iron</i>	151
<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	42	NYAMYC.....	164	<i>one daily womens 50 plus</i>	151
<i>nitroglycerin</i>	55	NYLIA 1/35.....	66	<i>one daily womens 50+</i>	151
NIVA-FOL.....	150	NYLIA 7/7/7.....	66	<i>one daily/minerals</i>	151
NIVEA.....	171	NYMALIZE.....	52	ONE-A-DAY ENERGY.....	151
NIVEA SOFT.....	171	NYMYO.....	66	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	151
NIX CREME RINSE.....	168	<i>nystatin</i>	40, 163, 164	ONE-A-DAY FOR HER VITACRAVES.....	151
<i>nizatidine</i>	71	NYSTOP.....	164	ONE-A-DAY FOR HIM VITACRAVES.....	151
<i>no drip nasal spray</i>	105	OCELLA.....	66	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	151
<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	150	OCTAGAM.....	26	ONE-A-DAY MENOPAUSE FORMULA.....	151
<i>nohist-dm</i>	105	<i>octreotide acetate</i>	68	ONE-A-DAY MENS.....	151
<i>non-aspirin</i>	36	<i>ocular vitamins</i>	150	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)..	151
<i>non-aspirin extra strength</i>	36	<i>ocutabs</i>	150	ONE-A-DAY MENS 50+ ADVANTAGE.....	151
NORA-BE.....	65	<i>ocutabs-lutein</i>	150	ONE-A-DAY MENS HEALTH FORMULA.....	151
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	65	OCUVITE ADULT 50+.....	150	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	152
<i>norethindrone</i>	65	OCUVITE ADULT FORMULA.....	150	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+.....	152
<i>norethindrone acetate</i>	71	OCUVITE EXTRA.....	150	ONE-A-DAY SCOOPY-DOO GUMMIES.....	152
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	65	OCUVITE EYE + MULTI.....	150	ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HER.....	152
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	70	OCUVITE EYE HEATLH.....		ONE-A-DAY TEEN ADVANTAGE/HIM.....	152
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	65	GUMMIES.....	150	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	152
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	65	OCUVITE-LUTEIN.....	150	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	152
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	65	ODEFSEY.....	40	ONE-A-DAY VITACRAVES IMMUNITY.....	152
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	65	ODOMZO.....	18		
NORLYROC.....	65	OFEV.....	99		
NORPACE CR.....	49	<i>ofloxacin</i>	90, 94		
NORTEMP.....	36	OGIVRI.....	18		
<i>nortemp infants</i>	36	<i>olanzapine</i>	117		
NORTREL 0.5/35 (28).....	65	<i>olmesartan medoxomil</i>	49		
NORTREL 1/35 (21).....	65	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	52		
NORTREL 1/35 (28).....	65	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	52		
NORTREL 7/7/7.....	66	<i>olopatadine hcl</i>	89		
<i>nortriptyline hcl</i>	115				
NORVIR.....	38				

ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	152	<i>oyster shell calcium</i>	131	<i>penicillin g procaine</i>	48
ONE-A-DAY		<i>oyster shell calcium + d</i>	131	<i>penicillin g sodium</i>	48
VITACRAVES+OMEGA-3	152	<i>oyster shell calcium + d3</i>	131	<i>penicillin v potassium</i>	48
ONE-A-DAY WEIGHT SMART		<i>oyster shell calcium 250+d</i>	131	PEN-KERA	171
ADVANCE	152	<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	131	PENTACEL	28
ONE-A-DAY WOMENS	152	<i>oyster shell calcium 500+d</i>	131	<i>pentamidine isethionate</i>	42
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS	152	<i>oyster shell calcium plus d</i>	131	<i>pentoxifylline er</i>	85
ONE-A-DAY WOMENS 50+		<i>oyster shell calcium w/d</i>	131	PENTRAVAN	171
ADVANTAGE	152	<i>oyster shell calcium/d</i>	131	PENTRAVAN PLUS	171
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY		<i>oyster shell calcium/d3</i>	131	PERIDIN-C	153
SKIN	152	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	131	<i>perindopril erbumine</i>	55
ONE-A-DAY WOMENS MIND &		<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	131	PERIOGARD	163
BODY	152	OYSTERCAL	131	PERIOMED	163
ONE-A-DAY WOMENS PETITES	152	OYSTERCAL-D	131	<i>permethrin</i>	168
ONE-A-DAY WOMENS		OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>perphenazine</i>	118
VITACRAVES	152	MG/DOSE)	59	PERSERIS	118
<i>one-daily multi caps</i>	152	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	59	<i>petrolatum</i>	56
<i>one-daily multi vitamins</i>	152	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	59	PFCB	56
<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	152	PACERONE	49	PFIZERPEN	48
<i>one-daily multi-vitamin</i>	152	<i>paclitaxel</i>	23	<i>pharbechlor</i>	97
<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	152	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	23	<i>pharbedryl</i>	97
<i>one-daily/iron</i>	152	<i>pain & fever childrens</i>	36	PHARBETOL	36
ONELAX	80	<i>pain & fever infants</i>	36	PHARBETOL EXTRA STRENGTH	36
ONTRUZANT	18	<i>pain relief extra strength</i>	36	PHARMABASE ANTIOXIDANT	56
ONUREG	22	<i>pain relief regular strength</i>	36	PHARMABASE COSMETIC	56
OPCON-A	89	<i>paliperidone er</i>	118	PHARMABASE COSMETIC	
OPSUMIT	54	<i>pamidronate disodium</i>	71	NATURAL	56
<i>optic-vites</i>	152	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	153	PHARMABASE LIGHT	56
OPTIFAST POST BARIATRIC	152	PANRETIN	171	PHARMABASE VAGINAL	56
OPTIMAL D3	152	<i>pantoprazole sodium</i>	77	<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	153
<i>optimum pms</i>	153	PANZYGA	26	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	76
OPTISOURCE POST BARIATRIC		PARAPLATIN	15	<i>phendimetrazine tartrate</i>	123
SURG	153	<i>paricalcitol</i>	58	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	123
OPTIVITE P.M.T	153	<i>paromomycin sulfate</i>	42	<i>phenelzine sulfate</i>	115
OPURITY BYPASS OPTIMIZED	153	<i>paroxetine hcl</i>	115	<i>phenobarbital</i>	112
<i>oral electrolytes</i>	127	<i>parvlex</i>	153	<i>phenobarbital sodium</i>	112
<i>oral suspend</i>	56	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	153	<i>phentermine hcl</i>	123
ORALYTE	127	PCCA BASE 7542	56	<i>phenylephrine hcl</i>	105
ORALYTE FREEZER POPS	127	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE	56	PHENYTEK	112
ORA-PLUS	56	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	127	<i>phenytoin</i>	112
ORASEP	163	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	127	<i>phenytoin sodium</i>	112
ORGOVYX	21	PEDIA VANCE	127	<i>phenytoin sodium extended</i>	112
ORKAMBI	99	PEDIA-LAX	80	PHESGO	18
OS-CAL	131	PEDIALYTE	128	PHILITH	66
OS-CAL CALCIUM + D3	131	PEDIALYTE ADVANCED CARE	128	PHYTOBASE	56
OS-CAL EXTRA D3	131	PEDIALYTE FREEZER POPS	128	PHYTOMULTI	153
<i>oseltamivir phosphate</i>	44	PEDIALYTE SINGLES	128	<i>phytonadione</i>	153
OTEZLA	25	PEDIARIX	28	PICODERM	56
<i>oxacillin sodium</i>	47, 48	<i>pediatric electrolyte</i>	128	PIFELTRO	38
<i>oxaliplatin</i>	15	<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	128	<i>pilocarpine hcl</i>	89, 163
<i>oxandrolone</i>	58	PEDVAX HIB	28	<i>pimozide</i>	118
<i>oxcarbazepine</i>	112	<i>peg 3350</i>	80	PIMTREA	66
<i>oxybutynin chloride</i>	83, 84	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	80	<i>pin-away</i>	42
<i>oxybutynin chloride er</i>	83	<i>peg-3350/electrolytes</i>	80	<i>pindolol</i>	51
<i>oxycodone hcl</i>	32	PEGASYS	44	<i>pinworm medicine</i>	42
<i>oxycodone-acetaminophen</i>	32	PEMAZYRE	18	<i>pioglitazone hcl</i>	59
OXYCONTIN	32	<i>pemetrexed disodium</i>	22	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	48
OYSCO 500	131	<i>penicillamine</i>	58	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	19
OYSCO 500+D	131	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	48	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	19
<i>oyster calcium</i>	131	<i>penicillin g potassium</i>	48	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	19

<i>pirfenidone</i>	99	PREZISTA.....	38	<i>px allergy relief loratadine</i>	97
PIRMELLA 1/35.....	66	PRIFTIN.....	39	<i>px antacid maximum strength</i>	73
<i>piroxicam</i>	31	<i>primaquine phosphate</i>	43	<i>px antacid regular strength</i>	73
<i>plain niacin</i>	153	<i>primidone</i>	112	<i>px arthritis pain relief</i>	36
PLASMA-LYTE 148.....	126	PRIORIX.....	28	<i>px artificial tears</i>	92
PLASMA-LYTE A.....	126	PRIVIGEN.....	26	<i>px aspirin</i>	36
PLENAMINE.....	133	<i>probenecid</i>	37	<i>px athletic foot</i>	164
PLENVU.....	81	PRO-CAL.....	153	<i>px b complex/vitamin c</i>	154
<i>pna-hrt base</i>	56	PROCALAMINE.....	133	<i>px calamine</i>	171
<i>podofilox</i>	171	PROCERV HP.....	153	<i>px calcium</i>	132
<i>poly vitamin</i>	153	<i>prochlorperazine</i>	75	<i>px childrens allergy</i>	97
<i>polyethylene glycol 3350</i>	56, 81	<i>prochlorperazine edisylate</i>	75	<i>px childrens pain relief</i>	36
POLY-IRON 150.....	88	<i>prochlorperazine maleate</i>	75	<i>px childrens profen ib</i>	31
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	90	PROCRIT.....	85	PX CHILDRENS VITAMIN.....	154
<i>polysaccharide iron complex</i>	88	PROCTO-MED HC.....	171	<i>px complete senior multivits</i>	154
<i>polysaccharide-iron complex</i>	88	PROCTO-PAK.....	171	<i>px docusate sodium</i>	81
<i>poly-tussin ac</i>	105	PROCTOSOL HC.....	171	<i>px fiber</i>	81
<i>polyvinyl alcohol</i>	92	PROCTOZONE-HC.....	171	<i>px folic acid</i>	154
<i>poly-vitaliron</i>	153	<i>profola</i>	153	<i>px gas relief extra strength</i>	76
<i>polyvitamin/iron</i>	153	PROGRAF.....	27	<i>px gas relief infants</i>	76
POMALYST.....	23	PROLASTIN-C.....	99	<i>px gas relief ultra strength</i>	76
PORTIA-28.....	66	PROLENSA.....	91	<i>px ibuprofen junior strength</i>	31
<i>posaconazole</i>	40	PROLIA.....	71	<i>px infants profen ib</i>	31
<i>potassium chloride</i>	126, 127	PROMACTA.....	85	<i>px laxative</i>	81
<i>potassium chloride crys er</i>	127	<i>promethazine hcl</i>	75	<i>px mens multivitamins</i>	154
<i>potassium chloride er</i>	127	<i>promethazine vcl/codeine</i>	105	<i>px miconazole 3-day combo</i>	83
<i>potassium chloride in nacl</i>	126	<i>promethazine-codeine</i>	105, 106	<i>px milk of magnesia</i>	81
<i>potassium citrate er</i>	84	<i>promethazine-dm</i>	106	<i>px nasal decongestant</i>	106
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	126	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	106	<i>px pain relief extra strength</i>	36
<i>povidone-iodine</i>	171	<i>propafenone hcl</i>	49	<i>px stomach relief</i>	74
PRALUENT.....	50	<i>propafenone hcl er</i>	49	<i>px stop smoking aid</i>	123
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	109	<i>proparacaine hcl</i>	92	<i>px triple</i>	166
<i>prasugrel hcl</i>	88	<i>propranolol hcl</i>	51	<i>px vitamin c</i>	154
<i>pravastatin sodium</i>	50	<i>propranolol hcl er</i>	51	<i>px vitamin e</i>	154
<i>praziquantel</i>	42	<i>propylthiouracil</i>	57	pyrazinamide.....	39
<i>prazosin hcl</i>	50	PROQUAD.....	28	<i>pyridostigmine bromide</i>	119
<i>prednisolone</i>	70	PRORENAL + D.....	153	<i>pyridoxine hcl</i>	154
<i>prednisolone acetate</i>	91	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	153	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	36
<i>prednisolone sodium phosphate 70</i>	91	PROSIGHT.....	153, 154	<i>qc all day allergy</i>	97
<i>prednisone</i>	70	PROSOL.....	133	<i>qc allergy childrens</i>	97
PREDNISONE INTENSOL.....	70	PROTECT CARDIO AF.....	154	<i>qc allergy relief</i>	97
<i>preferred plus insulin syringe</i>	61	PROTECT PLUS SO.....	154	<i>qc antacid</i>	73
<i>pregabalin</i>	112	PROTEGRA.....	154	<i>qc antacid/anti-gas</i>	73
<i>prehevbrio</i>	28	<i>protriptyline hcl</i>	115	<i>qc anti-diarrheal</i>	74
PREMASOL.....	133	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	106	<i>qc anti-gas</i>	76
<i>prenatal</i>	127, 153	<i>pseudoephedrine hcl</i>	106	<i>qc anti-itch extra strength</i>	171
<i>prenatal 19</i>	153	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	106	<i>qc arthritis pain relief</i>	36
<i>prenatal one daily</i>	153	<i>psyllium fiber</i>	81	<i>qc artificial tears</i>	92
<i>prenatal vitamin</i>	153	PULMICORT FLEXHALER.....	100	<i>qc aspirin</i>	36
<i>prenatal vitamin and mineral</i>	153	PULMOZYME.....	99	<i>qc aspirin low dose</i>	36
<i>prenatal vitamins</i>	153	<i>pure c 500</i>	154	<i>qc bacitracin</i>	166
<i>prenatal/iron</i>	153	<i>pure calcium carbonate</i>	132	<i>qc calamine</i>	171
PRESERVISION AREDS.....	153	<i>purevit dualfe plus</i>	88	<i>qc calcium fast dissolution</i>	132
PRESERVISION AREDS 2.....	153	PUREWAY-C.....	154	<i>qc cetirizine allergy relief</i>	97
PRESERVISION/LUTEIN.....	153	PURIXAN.....	22	<i>qc childrens allergy</i>	97
PRETTY FEET/HANDS.....	171	<i>px advanced formula multivits</i>	154	<i>qc childrens complete</i>	154
PREVALITE.....	50	<i>px allergy</i>	97	<i>qc childrens ibuprofen</i>	31
<i>prevent</i>	153	<i>px allergy relief cetirizine</i>	97	<i>qc chlor-pheniramine</i>	97
PREVYMIS.....	44	<i>px allergy relief d</i>	106	<i>qc complete allergy medicine</i>	97
PREZCOBIX.....	40	<i>px allergy relief d (loratid)</i>	106	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	154

<i>qc daily multivitamins/iron</i>	154	<i>ra balanced b-50</i>	154	REFRESH OPTIVE PF	92
<i>qc diarrhea relief</i>	74	<i>ra b-complex</i>	154	REFRESH PLUS	92
<i>qc enema</i>	81	<i>ra b-complex with b-12</i>	154	REFRESH RELIEVA	92
<i>qc enteric aspirin</i>	36	<i>ra calcium 600</i>	132	REFRESH RELIEVA PF	93
<i>qc epsom salt</i>	81	<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	132	REFRESH TEARS	93
<i>qc ferrous sulfate</i>	88	<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	132	REGRANEX	165
<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	97	<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	132	REGULOID	81
<i>qc fiber laxative</i>	81	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	132	REHYDRALYTE	128
<i>qc gas relief extra strength</i>	76	RA CENTRAL-VITE	154	<i>rejuvacare plus</i>	56
<i>qc gentle laxative</i>	81	<i>ra central-vite womens mature</i>	154	RELENZA DISKHALER	44
<i>qc loratadine allergy relief</i>	97	<i>ra coenzyme q-10</i>	125	RELI-ON INSULIN SYRINGE	61
<i>qc loratadine-d</i>	106	<i>ra folic acid</i>	154	RELISTOR	76
<i>qc melatonin max st</i>	125	RA HI CAL	132	REMEDY ANTIFUNGAL	164
<i>qc mens daily multivitamin</i>	154	<i>ra iron</i>	88	REMEDY PHYTOPLEX	
<i>qc miconazole 7</i>	83	<i>ra natural magnesium</i>	132	ANTIFUNGAL	164
<i>qc milk of magnesia</i>	81	<i>ra niacin</i>	154	REMICADE	25
<i>qc mucus relief</i>	106	<i>ra no flush niacin</i>	155	RENAL	155
<i>qc mucus relief childrens</i>	106	<i>ra one daily energy formula</i>	155	RENAL MULTIVITAMIN	
<i>qc mucus relief er</i>	106	<i>ra one daily essential</i>	155	FORMULA	155
<i>qc mucus relief max st</i>	106	<i>ra one daily maximum</i>	155	<i>renal vitamin</i>	155
<i>qc multi-vite</i>	154	<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	155	<i>renal-vite</i>	155
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	154	<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	155	RENAPLEX	155
<i>qc natural vegetable</i>	81	<i>ra one daily womens</i>	155	RENAPLEX-D	155
<i>qc natura-lax</i>	81	<i>ra ped electrolyte freezer pop</i>	128	<i>rena-vite</i>	155
<i>qc nicotine transdermal system</i>	123	<i>ra pediatric electrolyte</i>	128	<i>rena-vite rx</i>	155
<i>qc non-aspirin childrens</i>	36	<i>ra vitamin a</i>	155	RENFLEXIS	25
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	36	<i>ra vitamin b-1</i>	155	<i>reno caps</i>	155
<i>qc pain relief</i>	36	<i>ra vitamin b12</i>	155	<i>repaglinide</i>	60
<i>qc pain relief childrens</i>	36	<i>ra vitamin b-12</i>	155	REQ 49+	155
<i>qc pain relief extra strength</i>	36	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	155	RESTASIS	93
<i>qc pink bismuth</i>	74	<i>ra vitamin b-6</i>	155	RESTASIS MULTIDOSE	93
<i>qc povidone iodine</i>	171	<i>ra vitamin c</i>	155	RESTORA RX	74
<i>qc prenatal</i>	154	<i>ra vitamin c cr</i>	155	RETEVMO	19
<i>qc stool softener</i>	81	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	155	REVLIMID	23
<i>qc stool softener pls laxative</i>	81	<i>ra vitamin d-3</i>	155	REXULTI	118
<i>qc suphedrine maximum strength</i>	106	<i>ra vitamins complete childrens</i>	155	REYATAZ	38
<i>qc therin-m</i>	154	<i>ra zinc</i>	132	REZLIDHIA	19
<i>qc tolnaftate</i>	164	RABAVERT	29	REZUROCK	27
<i>qc triple antibiotic max st</i>	166	<i>rabeprazole sodium</i>	78	RHOPRESSA	89
<i>qc tussin cf</i>	106	RADIANCE PLATINUM VITAMIN		<i>ribavirin</i>	44
<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	106	D3	155	RID LICE KILLING SHAMPOO	168
<i>qc tussin mucus/congestion</i>	106	<i>raloxifene hcl</i>	68	<i>rifabutin</i>	39
<i>qc womens daily multivitamin</i>	154	<i>ramipril</i>	55	<i>rifampin</i>	39
<i>q-derm</i>	56	<i>ranolazine er</i>	54	<i>riluzole</i>	119
Q-GEL FORTE	125	<i>rasagiline mesylate</i>	109	<i>rimantadine hcl</i>	44
Q-GEL MEGA	125	RAYALDEE	58	RINVOQ	25
QINLOCK	19	RECLIPSEN	66	RISABAL-PH	171
Q-SORB CO Q-10	125	RECOMBIVAX HB	29	RISAMINE	171
QSYMIA	123	RECTIV	171	<i>risedronate sodium</i>	71
QUADRACEL	28, 29	<i>reeses pinworm medicine</i>	42	RISPERDAL CONSTA	118
<i>quetiapine fumarate</i>	118	REFRESH	92	<i>risperidone</i>	118
<i>quetiapine fumarate er</i>	118	REFRESH CELLUVISC	92	<i>ritonavir</i>	38
<i>quin b strong</i>	154	REFRESH DIGITAL	92	<i>rivastigmine</i>	114
<i>quinapril hcl</i>	55	REFRESH DIGITAL PF	92	<i>rivastigmine tartrate</i>	114
<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	53	REFRESH LIQUIGEL	92	RIVELSA	66
<i>quinidine sulfate</i>	49	REFRESH OPTIVE	92	<i>rizatRIPTAN benzoate</i>	120
<i>quinine sulfate</i>	43	REFRESH OPTIVE ADVANCED	92	<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	106
<i>quintabs</i>	154	REFRESH OPTIVE ADVANCED		ROBAFEN DM CGH/CHEST	
<i>quintabs-m</i>	154	PF	92	CONGEST	106
<i>ra balanced b-100</i>	154	REFRESH OPTIVE MEGA-3	92	ROBAFEN DM COUGH	106

ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIGNIFOR.....	69	sm b-complex.....	156
CONGESTION.....	106	silace.....	82	sm b-complex/vitamin c.....	156
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	106	siladryl allergy.....	97	sm benzoin tincture.....	171
roflumilast.....	100	sildenafil citrate.....	54	sm biotin.....	156
ropinirole hcl.....	109	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.....	132
ROTATEQ.....	29	silver sulfadiazine.....	166	sm calcium 600/vitamin d.....	132
ROWEEPRA.....	112	SIMBRINZA.....	89	sm calcium citrate w/vit d3.....	132
ROZLYTREK.....	19	simethicone.....	76	sm calcium citrate+/vit d3.....	132
RUBRACA.....	19	simethicone drops infants.....	76	sm calcium citrate+d3 petite.....	132
rufinamide.....	112	simethicone ultra strength.....	76	sm calcium citrate+vit d3 max.....	132
RUKOBIA.....	38	SIMLIYA.....	66	sm calcium/vitamin d.....	132
RYBELSUS.....	60	SIMPESSE.....	66	sm calcium-vitamin d.....	132
RYDAPT.....	19	simvastatin.....	50	sm chewable vitamin c.....	156
rynex pse.....	107	sinus 12 hour.....	107	sm childrens ibuprofen.....	31
SAJAZIR.....	85	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.....	83
SANTYL.....	165	sirolimus.....	27	sm co q-10.....	125
sapropterin dihydrochloride.....	69	SIRTURO.....	39	sm coenzyme q-10.....	125
SAVISION.....	155	SIVEXTRO.....	42	sm complete.....	156
sb calcium + d.....	132	SKYRIZI.....	25	sm complete 50+.....	156
sb lice killing max st.....	169	SKYRIZI PEN.....	25	sm complete 50+ ultimate mens....	156
sb oyster shell calcium.....	132	SLOW FE.....	88	sm complete 50+ ultimate women.	156
sb vitamin c.....	155	slow iron.....	88	sm complete advanced formula.....	156
scar care.....	56	slow release iron.....	88	sm complete senior formula.....	156
SCSEMBLIX.....	19	SLOW-MAG.....	132	sm cough dm.....	107
scopolamine.....	75	sm 3-day vaginal.....	83	sm cough dm childrens.....	107
SECUADO.....	118	sm 8 hour pain relief.....	36	sm dry eye relief.....	93
selegiline hcl.....	109	sm all day allergy.....	98	sm ear drops.....	172
selenious acid.....	133	sm all day allergy childrens.....	98	sm enema.....	82
selenium sulfide.....	167	sm all day allergy-d.....	107	sm epsom salt.....	82
SELZENTRY.....	38	sm allergy 4 hour.....	98	sm fexofenadine hcl.....	98
senexon.....	81	sm allergy childrens.....	98	sm fiber.....	82
SENEXON-S.....	81	sm allergy relief.....	98	sm folic acid.....	156
senior tabs.....	155	sm animal shapes complete.....	156	sm gas relief.....	76
senna.....	81	sm animal shapes kids first.....	156	sm gas relief antifatulent.....	76
senna laxative.....	81	sm antacid.....	73	sm gas relief extra strength.....	76
senna plus.....	81	sm antacid advanced.....	73	sm gas relief infants.....	76
senna s.....	81	sm antacid advanced max st.....	73	sm gentle laxative.....	82
senna-lax.....	81	sm antacid maximum strength.....	73	sm hair/skin/nails.....	156
senna-plus.....	81	sm antacid/antigas.....	73	sm ibuprofen ib.....	31
senna-s.....	81	sm antibiotic.....	166	sm ibuprofen ib childrens.....	31
senna-tabs.....	81	sm anti-diarrheal.....	74	sm infants ibuprofen.....	31
senna-time.....	81	sm antifungal clotrimazole.....	164	sm iron.....	88
senna-time s.....	81	sm antifungal miconazole.....	164	sm iron slow release.....	88
sennosides-docusate sodium.....	81	sm antifungal tolnaftate.....	164	sm lice killing max strength.....	169
SENOKOT.....	82	sm anti-itch extra strength.....	171	sm lice treatment.....	169
SENOKOT S.....	82	sm antioxidant vitamins.....	156	sm loratadine.....	98
sentry.....	156	sm antiseptic skin cleanser.....	171	sm loratadine allergy relief.....	98
sentry senior.....	156	sm arthritis pain relief.....	36	sm lorata-dine d.....	107
SEREVENT DISKUS.....	94	sm arthritis pain reliever.....	36	sm loratadine d 12hr.....	107
sertraline hcl.....	115	sm aspirin.....	37	sm lubricant eye drops.....	93
se-tan plus.....	88	sm aspirin adult low strength.....	36	sm lubricating plus.....	93
SETLAKIN.....	66	sm aspirin ec.....	36	sm lubricating tears.....	93
sevelamer carbonate.....	56, 57	sm aspirin low dose.....	36	sm miconazole 3.....	83
SHAROBEL.....	66	sm athletes foot.....	164	sm miconazole 3 applicator.....	83
SHINGRIX.....	29	sm b super vitamin complex.....	156	sm miconazole 7.....	83
SIDEROL.....	156	sm b100 complex.....	156	sm milk of magnesia.....	82

<i>sm mucus relief</i>	107	<i>sodium oxybate</i>	121	<i>sumatriptan</i>	120
<i>sm mucus relief max strength</i>	107	<i>sodium phenylbutyrate</i>	69	<i>sumatriptan succinate</i>	120
<i>sm multiple vitamins essential</i>	156	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	58	<i>sumatriptan succinate refill</i>	120
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	156	<i>solifenacin succinate</i>	84	<i>sunitinib malate</i>	19
<i>sm nasal decongestant</i>	107	SOLIQUA.....	61	SUNLENCA.....	38
<i>sm nasal decongestant max st</i>	107	<i>solo</i>	157	SUNVITE ADVANCED.....	157
<i>sm nasal decongestant pe</i>	107	SOLTAMOX.....	21	<i>super antioxidant</i>	157
<i>sm nasal spray</i>	107	SOLU-CORTEF.....	70	<i>super aytinal</i>	157
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	107	SOMATULINE DEPOT.....	69	<i>super aytinal 50 plus</i>	157
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	107	SOMAVERT.....	69	<i>super b complex maxi</i>	157
<i>sm nasal spray sinus</i>	107	SOOTHE & COOL INZO		<i>super b complex/fal/vit c</i>	157
<i>sm niacin cr</i>	156	ANTIFUNGAL.....	164	<i>super b complex/vitamin c</i>	157
<i>sm nicotine</i>	123	<i>sorafenib tosylate</i>	19	<i>super b-complex + vitamin c</i>	157
<i>sm nicotine polacrilex</i>	123	SORBOLENE.....	172	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	157
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	107	SORINE.....	49	<i>super biotin</i>	157
<i>sm one daily mens</i>	156	<i>sotalol hcl</i>	49	<i>super calcium</i>	132
<i>sm one daily womens</i>	156	<i>sotalol hcl (af)</i>	49	<i>super calcium 600 + d 400</i>	132
<i>sm opti-vitamins</i>	156	<i>span c</i>	157	<i>super calcium 600 + d3</i>	132
<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	132	SPECTRAVITE.....	157	<i>super multiple</i>	157
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	132	<i>spironolactone</i>	48	SUPER NU-THERA.....	157
<i>sm pain & fever childrens</i>	37	<i>spironolactone-hctz</i>	53	SUPER QUINTS B-50.....	157
<i>sm pain & fever infants</i>	37	SPRINTEC 28.....	66	<i>super thera vite m</i>	157
<i>sm pain relief</i>	37	SPRITAM.....	112	<i>super vita-mins</i>	157
<i>sm pain reliever</i>	37	SPRYCEL.....	19	<i>superplex-t</i>	157
<i>sm pain reliever childrens</i>	37	SPS.....	58	<i>suphedrine 12hour</i>	108
<i>sm pain reliever ex st</i>	37	SRONYX.....	66	<i>support</i>	157
<i>sm pediatric electrolyte</i>	128	SSD.....	166	SUPPORT-500.....	157
<i>sm povidone-iodine</i>	172	<i>stavudine</i>	38	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	82
<i>sm senna laxative</i>	82	<i>sterile water for irrigation</i>	165	<i>sv vitamin b-12 er</i>	158
<i>sm senna-s</i>	82	<i>stimulant laxative</i>	82	SYEDA.....	66
<i>sm slow release iron</i>	88	STIVARGA.....	19	SYMBICORT.....	99
<i>sm stomach relief</i>	74	<i>stomach relief</i>	74	SYMDEKO.....	100
<i>sm stool softener</i>	82	<i>stool softener</i>	82	SYMJEPI.....	100
<i>sm stool softener/laxative</i>	82	<i>stool softener laxative</i>	82	SYMPAZAN.....	112
<i>sm super b complex/c</i>	156	<i>stool softener plus laxative</i>	82	SYMTOZA.....	40
<i>sm triple antibiotic</i>	166	<i>stool softener/laxative</i>	82	SYNAREL.....	69
<i>sm triple antibiotic max st</i>	166	<i>streptomycin sulfate</i>	42	SYNERCID.....	43
<i>sm triple antibiotic original</i>	166	<i>stress formula</i>	157	SYNJARDY.....	60
<i>sm tussin cf</i>	107	<i>stress formula (folic acid)</i>	157	SYNJARDY XR.....	60
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	107	<i>stress formulaliron</i>	157	SYNRIBO.....	23
<i>sm tussin dm</i>	107	STRESSTABS ADVANCED.....	157	SYNTHROID.....	57
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	107	STRESSTABS ENERGY.....	157	SYRSPEND SF.....	56
<i>sm vit c/rose hips</i>	156	STRIBILD.....	40	SYSTANE.....	93
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	156	STROVITE FORTE.....	157	SYSTANE BALANCE.....	93
<i>sm vitamin b1</i>	156	STROVITE ONE.....	157	SYSTANE COMPLETE.....	93
<i>sm vitamin b-12</i>	156	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN.....	172	SYSTANE HYDRATION PF.....	93
<i>sm vitamin b12 tr</i>	156	SUBVENITE.....	112	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	158
<i>sm vitamin b6</i>	156	<i>sucralfate</i>	76	SYSTANE OVERNIGHT	
<i>sm vitamin b-6</i>	156	SUDOGEST.....	108	THERAPY.....	93
<i>sm vitamin c</i>	156, 157	<i>sudogest 12 hour</i>	108	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	93
<i>sm vitamin c cr</i>	156	SUDOGEST MAXIMUM		SYSTANE ULTRA.....	93
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	157	STRENGTH.....	108	SYSTANE ULTRA PF.....	93
<i>sm vitamin d</i>	157	<i>sulfacetamide sodium</i>	90	TAB-A-VITE.....	158
<i>sm vitamin d3</i>	157	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	165	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	158
<i>sm vitamin e</i>	157	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	89	<i>tab-a-vite/iron</i>	158
<i>sm zinc gluconate</i>	132	<i>sulfadiazine</i>	42	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sodium bicarbonate</i>	73	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i> ..	42, 43	CAROTENE.....	158
<i>sodium chloride</i>	108, 126, 165	SULFAMYLON.....	166	TABLOID.....	22
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	93	<i>sulfasalazine</i>	77	TABRECTA.....	19
<i>sodium fluoride</i>	127	<i>sulindac</i>	31	<i>tacrolimus</i>	27, 172

TAFINLAR.....	19	THERA.....	158	<i>total b/c</i>	159
TAGRISSO.....	19	THERA M PLUS.....	158	TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	61
TALTZ.....	25	<i>thera vital m</i>	158	TOUJEO SOLOSTAR.....	62
TALZENNA.....	19	<i>therabasic-m</i>	158	TPN ELECTROLYTES.....	126
<i>tamoxifen citrate</i>	21	THERA-D 2000.....	158	TRADJENTA.....	60
<i>tamsulosin hcl</i>	84	THERA-D RAPID REPLETION.....	158	TRALEMENT.....	133
TARINA 24 FE.....	66	THERAGRAN-M.....	158	<i>tramadol hcl</i>	32
TARINA FE 1/20 EQ.....	66	THERAGRAN-M ADVANCED.....	158	<i>tramadol-acetaminophen</i>	32
TASIGNA.....	19	THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>trandolapril</i>	55
<i>tasimelteon</i>	120	PLUS.....	158	<i>tranexamic acid</i>	85
<i>tazarotene</i>	167	THERAGRAN-M PREMIER.....	158	<i>tranylcypromine sulfate</i>	115
TAZICEF.....	45	THERAGRAN-M PREMIER 50		TRAVASOL.....	133
TAZORAC.....	167	PLUS.....	158	TRAZIMERA.....	19
TAZTIA XT.....	52	<i>thera-m</i>	158	<i>trazodone hcl</i>	115
TAZVERIK.....	19	THERAMILL FORTE.....	158	TRECATOR.....	39
TDVAX.....	29	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	158	TRELEGY ELLIPTA.....	98
TECENTRIQ.....	19	<i>therapeutic moisturizing</i>	172	<i>treprostinil</i>	54
TEFLARO.....	46	<i>therapeutic multivit/mineral</i>	158	TRESIBA.....	62
<i>telmisartan</i>	49	<i>therapeutic-m</i>	158	TRESIBA FLEXTOUCH.....	62
<i>telmisartan-amlodipine</i>	52	<i>therapeutic-m/lutein</i>	158	<i>tretinoin</i>	23, 165
<i>telmisartan-hctz</i>	52	<i>thera-tabs</i>	158	<i>triamcinolone acetonide</i>	163, 168
<i>temazepam</i>	120	<i>thera-tabs m</i>	158	<i>triamterene-hctz</i>	53
TENIVAC.....	29	THERATEARS.....	93	<i>tri-buffered aspirin</i>	37
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	38	THERATRUM COMPLETE.....	158	TRICARE.....	127
TEPMETKO.....	19	THERATRUM COMPLETE 50		TRICON.....	88
<i>terazosin hcl</i>	50	PLUS.....	158	<i>trientine hcl</i>	58
<i>terbinafine hcl</i>	41, 164	<i>theravim-m</i>	158	TRI-ESTARYLLA.....	66
<i>terbutaline sulfate</i>	94	THEREMS.....	158	TRIFERIC.....	88
<i>terconazole</i>	83	THEREMS-H.....	158	<i>trifluoperazine hcl</i>	118
<i>teriparatide (recombinant)</i>	71	THEREMS-M.....	158	<i>trifluridine</i>	90
<i>testosterone</i>	58	<i>thiamine hcl</i>	158, 159	<i>trigels-f forte</i>	88
<i>testosterone cypionate</i>	58	<i>thiamine mononitrate</i>	159	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	109
<i>testosterone enanthate</i>	58	<i>thioridazine hcl</i>	118	TRIJARDY XR.....	60
<i>tetrabenazine</i>	119	<i>thiothixene</i>	118	TRIKAFTA.....	100
<i>tetracycline hcl</i>	48	<i>thrive 19</i>	159	TRI-LEGEST FE.....	66
<i>tgt acetaminophen childrens</i>	37	TIADYLT ER.....	52	TRI-LINYAH.....	66
<i>tgt acetaminophen ex st</i>	37	<i>tiagabine hcl</i>	112	TRI-LO-ESTARYLLA.....	66
<i>tgt allergy relief</i>	98	TIBSOVO.....	19	TRI-LO-MARZIA.....	66
<i>tgt antifungal</i>	164	TICOVAC.....	29	TRI-LO-MILI.....	66
<i>tgt antifungal spray powder</i>	164	<i>tigecycline</i>	48	TRI-LO-SPRINTEC.....	66
<i>tgt childrens acetaminophen</i>	37	TILIA FE.....	66	<i>trimethoprim</i>	43
<i>tgt childrens ibuprofen</i>	31	<i>timolol maleate</i>	51, 89	TRI-MILI.....	66
<i>tgt fiber therapy</i>	82	TING.....	164	<i>trimipramine maleate</i>	115
<i>tgt gas relief extra strength</i>	76	TIVICAY.....	38, 39	TRINTELLIX.....	115
<i>tgt gentle laxative</i>	82	TIVICAY PD.....	39	TRI-NYMYO.....	66
<i>tgt ibuprofen childrens</i>	31	<i>tizanidine hcl</i>	109	<i>triphrocaps</i>	159
<i>tgt lubricant eye drops</i>	93	TOBRADEX.....	89	<i>triple antibiotic</i>	166
<i>tgt miconazole 7</i>	83	TOBRADEX ST.....	89	<i>triple antibiotic plus</i>	166
<i>tgt nicotine polacrilex</i>	123	<i>tobramycin</i>	43, 90	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	166
<i>tgt nicotine step one</i>	123	<i>tobramycin sulfate</i>	43	TRI-SPRINTEC.....	67
<i>tgt nicotine step three</i>	123	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	89	TRIUMEQ.....	40
<i>tgt nicotine step two</i>	123	<i>tolnaftate</i>	164, 165	TRIUMEQ PD.....	40
TGT POWDERLAX.....	82	<i>tolnaftate antifungal</i>	164	TRIVORA (28).....	67
<i>tgt psyllium fiber</i>	82	<i>tolterodine tartrate</i>	84	TRI-VYLIBRA.....	67
<i>tgt stomach relief</i>	74	<i>tolterodine tartrate er</i>	84	TRI-VYLIBRA LO.....	67
THALOMID.....	23	<i>topiramate</i>	113	TRIZIVIR.....	40
THE MAGIC BULLET.....	82	TOPOSAR.....	24	TROGARZO.....	39
THEO-24.....	100	<i>toremifene citrate</i>	21	TROPHAMINE.....	133
<i>theophylline</i>	100	<i>torsemide</i>	53	<i>tropical liquid nutrition</i>	159
<i>theophylline er</i>	100	<i>total allergy</i>	98	<i>tropium chloride</i>	84

TRULICITY	60	VAQTA	29	vitabasic complete	159
TRUMENBA	29	varenicline tartrate	123	vitabasic senior	159
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE)	20	VARIVAX	29	vita-beel/c	159
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE)	20	VASCEPA	50	vitabex plus	160
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE)	20	v-c forte	159	vitachew multiple vitamin	160
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE)	20	vegetable lax+stool softener	82	VITAFOL	160
TRUXIMA	20	VELIVET	67	VITAL-D RX	160
TUKYSA	20	VELPHORO	57	vitalee	160
TURALIO	20	VELTASSA	58	VITALETS CHILDRENS	160
TUSNEL C	108	VELVACHOL	172	vitamin a	160
tusnel diabetic	108	VEMLIDY	44	vitamin b + c complex	160
TUSNEL-EX	108	VENCLEXTA	20	vitamin b 12	160
tussin cf	108	VENCLEXTA STARTING PACK	20	vitamin b complex	160
tussin cf multi-symptom cold	108	VENEXA	159	vitamin b-1	160
tussin cough	108	VENEXA FE	159	vitamin b12	160
tussin dm	108	venlafaxine hcl	115	vitamin b-12	160
tussin dm cough + chest	108	venlafaxine hcl er	115	vitamin b-12 er	160
tussin mucus & chest congest	108	VENOFER	88	vitamin b12 tr	160
tussin mucus+chest congestion	108	VENTAVIS	54	vitamin b12-folic acid	160
tussin multi-symptom cold cf	108	VENTOLIN HFA	94	vitamin b6	160
TWINRIX	29	VENTRIXYL	159	vitamin b-6	160
TYBOST	39	VENTRIXYL FE	159	vitamin b-complex	160
TYDEMY	67	verapamil hcl	52	vitamin c	160
TYPHIM VI	29	verapamil hcl er	52	vitamin c drops	160
TYRVAYA	93	VERQUVO	54	vitamin c er	160
U-BASE	56	VERSACLOZ	118	vitamin c plus wild rose hips	160
UDAMIN SP	159	versatile cream base	56	vitamin c/rose hips	160
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS	159	VERSIGEL	56	vitamin c/rose hips tr	160
ultra freeda	159	VERZENIO	20	vitamin c-acerola	160
ultra freedaliron	159	VESTURA	67	vitamin c-rose hips	160
ULTRA FRESH	93	V-GO 20	62	vitamin c-rose hips er	160
ultra lubricating eye drops	93	V-GO 30	62	vitamin c-rose hips tr	160
ULTRACHOICE ADV FORMULA MATURE	159	V-GO 40	62	vitamin d	161
ULTRACHOICE ADVANCED FORMULA	159	VIC-FORTE	159	vitamin d (cholecalciferol)	160, 161
unicomplex-m	159	VICTOZA	60	vitamin d (ergocalciferol)	161
UNITHROID	57	VIENVA	67	vitamin d high potency	161
ursodiol	77	vigabatrin	113	vitamin d infant	161
valacyclovir hcl	44	VIGADRONE	113	VITAMIN D-1000 MAX ST	161
VALCHLOR	172	VIIBRYD STARTER PACK	115	vitamin d3	161
valganciclovir hcl	44	vilazodone hcl	116	vitamin d-3	161
valproate sodium	113	VIMPAT	113	vitamin d3 complete	161
valproic acid	113	vincristine sulfate	24	vitamin d3 maximum strength	161
valsartan	49	vinorelbine tartrate	24	vitamin d3 super strength	161
valsartan-hydrochlorothiazide	53	viorele	67	vitamin d3 ultra strength	161
VALTOCO 10 MG DOSE	113	VIRACEPT	39	vitamin d-400	161
VALTOCO 15 MG DOSE	113	VIREAD	39	vitamin e	161
VALTOCO 20 MG DOSE	113	virt-caps	159	vitamin e blend	161
VALTOCO 5 MG DOSE	113	virt-fefa plus	88	vitamin e water soluble	161
value plus glucose	57	VIRT-GARD	159	vitamin e-200	161
VANADOM	109	vision formula 2	159	vitamin e-400	161
vancomycin hcl	43	vision formula eye health	159	vitamin k1	161
vancomycin hcl in nacl	43	vision formulallutein	159	vitamins acd-fluoride	161
VANIBASE	56	vision vitamins	159	vitamins a-d-e/selenium	161
VANICREAM	172	VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA	159	vitamins for hair	161
vanishing cream botanical base	56	VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA	159	vitamins/minerals	161
		vit e-vit c-beta carotene	159	VITASANA	162
		vita c/bioflavonoids/rose hips	159	vitasure	162
		vita hair	159	vitatrum	162
				VITATRUM COMPLETE	162
				VITRAKVI	20

VITRAMYN.....	162	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	44	ZUMANDIMINE.....	67
VITRANOL.....	162	XOLAIR.....	100	ZYDELIG.....	21
VITRANOL FE.....	162	XOSPATA.....	20	ZYKADIA.....	21
VITREXATE.....	162	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYLET.....	90
VITREXATE FE.....	162	WEEKLY).....	20	ZYPREXA RELPREVV.....	119
VITREXYL.....	162	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	20	zyvana.....	162
VITREXYL + IRON.....	162	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
<i>vitrum 50+ senior multi</i>	162	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
VITRUM SENIOR.....	162	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
VIVITROL.....	124	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	20		
VIZIMPRO.....	20	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
<i>v-max</i>	56	XTANDI.....	21		
VONJO.....	20	XULANE.....	67		
<i>voriconazole</i>	41	XULTOPHY.....	62		
VOSEVI.....	44	<i>xvite</i>	162		
VOTRIENT.....	20	XYREM.....	121		
<i>vp-vite rx</i>	162	YELETS TEENAGE FORMULA....	162		
VRAYLAR.....	118, 119	YF-VAX.....	29		
VYFEMLA.....	67	<i>yl coenzyme q10</i>	125		
VYLIBRA.....	67	<i>yl folic acid</i>	162		
VYZULTA.....	89	<i>yl vitamin b-6</i>	162		
WAL-DRYL ALLERGY.....	98	<i>yl vitamin c</i>	162		
<i>warfarin sodium</i>	85	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	162		
<i>wee care</i>	88	YOUR LIFE MULTI ADULT			
WEEKLY-D.....	162	GUMMIES.....	162		
WELIREG.....	23	YUVAFEM.....	70		
WERA.....	67	ZAFEMY.....	67		
<i>wescaps</i>	162	<i>zafirlukast</i>	101		
<i>westab max</i>	162	<i>zaleplon</i>	120		
<i>westab mini</i>	162	ZARXIO.....	86		
<i>westab one</i>	162	ZEASORB-AF.....	165		
<i>west-vite w/folic acid</i>	162	ZEJULA.....	21		
<i>womans laxative</i>	82	ZELBORAF.....	21		
<i>womens 50+ advanced</i>	162	ZEMAIRA.....	100		
<i>womens daily form/fal/cal/fe</i>	162	ZENATANE.....	165		
<i>womens daily formula</i>	162	ZENPEP.....	77		
<i>womens multi</i>	162	ZERViate.....	89		
<i>womens multi gummies</i>	162	<i>zidovudine</i>	39		
<i>womens multivitamin</i>	162	ZIEXTENZO.....	86		
<i>wound care</i>	56	<i>zinc</i>	132		
WYMZYA FE.....	67	<i>zinc chloride</i>	133		
XALKORI.....	20	<i>zinc gluconate</i>	132		
XARELTO.....	85	<i>zinc oxide</i>	172		
XARELTO STARTER PACK.....	85	<i>zinc sulfate</i>	133		
XATMEP.....	27	<i>ziprasidone hcl</i>	119		
XCEL 100.....	56	<i>ziprasidone mesylate</i>	119		
XCOPRI.....	113	ZIRABEV.....	21		
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	113	ZIRGAN.....	90		
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	113	<i>zoledronic acid</i>	71		
XELJANZ.....	25	ZOLINZA.....	21		
XELJANZ XR.....	25	<i>zolmitriptan</i>	120		
XENICAL.....	69	<i>zolpidem tartrate</i>	120		
XERAC AC.....	172	ZONISADE.....	113		
XERMELO.....	77	<i>zonisamide</i>	113		
XGEVA.....	71	<i>zoo friends complete</i>	162		
XHANCE.....	101	ZOSTRIX HP.....	172		
XIFAXAN.....	77	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF			
XIGDUO XR.....	60		172		
XIIDRA.....	93	ZOVIA 1/35 (28).....	67		
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	44	ZTALMY.....	113		

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

Para informações mais recentes ou outras questões, contacte-nos através do número de telefone 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, aos sábados ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde **21/3/2023**.

H9576_PhmdrugList23 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.