



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 19/9/2023.

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

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

Introdução

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

Índice

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

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



B10. Posso pedir uma exceção para cobrir o meu medicamento?.....	11
B11. Como é que posso pedir uma exceção?	11
B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?	11
B13. O que são medicamentos genéricos?	11
B14. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?	12
B16. Qual é o meu copagamento?.....	12
B17. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	12
C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	174



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។
នៅរៀងរាល់សៀងថ្ងៃសៅរ៍ ថ្ងៃអាទិត្យ និងថ្ងៃឈប់សម្រាក អ្នកអាចត្រូវបានស្នើសុំឱ្យទុកសារ
ការហៅរបស់អ្នកនឹងត្រូវបានគេហៅត្រឡប់មកវិញក្នុងថ្ងៃធ្វើការបន្ទាប់។
ការទូរស័ព្ទគឺគិតថ្លៃ។
- ❖ 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 **15-173**. 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 **174**.

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

B11. Como é que posso pedir uma exceção?

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

B12. Quanto tempo demora a obter uma exceção?

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

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

B13. O que são medicamentos genéricos?

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

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

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

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

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

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



B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns produtos OTC não medicamentosos quando prescritos pelo seu 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 **174**. O índice coloca por ordem alfabética todos os medicamentos cobertos pelo Neighborhood INTEGRITY.

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

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

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



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

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

C1. Medicamentos Agrupados por Condição Médica

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

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: 1/10/2023

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, 500 mg/ml	\$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
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a 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
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

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 (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG, 320 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
MVASI INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 cápsulas a cada 28 dias); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

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
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<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
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

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
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TRUSELTIQ (100MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (125MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 100 & 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VOTRIENT ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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 (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZEJULA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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 240 MG, 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

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

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>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (49 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (70 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (91 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
SYNRIBO SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>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

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>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cartuchos a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA PEDIATRIC CROHNS START SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 80 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA PEN SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA PEN-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML, 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC START SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

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 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
HUMIRA SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 28 dias); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (110 comprimidos por ano); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (168 comprimidos por ano); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 ampolas por ano); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 cartucho a cada 30 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 365 dias); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO- INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 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
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 24 dias); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Imunoglobulinas		
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nível 2)	B/D; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 25 GM/500ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 2000000 UNIT/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
INTRON A INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10000000 UNIT, 18000000 UNIT, 50000000 UNIT	\$0 (Nível 2)	B/D; LA; NDS

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
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
<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		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$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)	
DENGVAIXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 2)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 lf/0.5ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
ENGRIX-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)	
IPOLE 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)	

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
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)	
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)	

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
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nível 2)	
VARIVAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 2)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 2)	

ANALGÉSICOS

Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)

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

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
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)	
<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 oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)

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>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
<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)

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>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
<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

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
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 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
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 ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nível 3)	DP
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

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 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
<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

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 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
<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

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>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
<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)	

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
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)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
INTELENCE ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	
ISENTRESS HD ORAL TABLET 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
ISENTRESS ORAL TABLET CHEWABLE 25 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>lamivudine oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamivudine oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	

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
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
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
<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)	

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>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-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg, 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EVOTAZ ORAL TABLET 300-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
GENVOYA ORAL TABLET 150-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
JULUCA ORAL TABLET 50-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>lamivudine-zidovudine oral tablet 150-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral solution 400-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lopinavir-ritonavir oral tablet 100-25 mg, 200-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ODEFSEY ORAL TABLET 200-25-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZCOBIX ORAL TABLET 800-150 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
STRIBILD ORAL TABLET 150-150-200-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SYMTUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 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
<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 suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-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)	

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>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
<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)	

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>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>paromomycin sulfate oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (80 cápsulas a cada 180 dias)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (160 cápsulas a cada 180 dias)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nível 2)	

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>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
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)	

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>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)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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)	

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>ceftazidime and dextrose intravenous solution reconstituted 1-5 gm-%(50ml), 2-5 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nível 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 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
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nível 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 100 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g 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)	
Tetraciclínas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	
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)	

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>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
PRALUENT SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 75 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nível 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nível 1)	
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nível 2)	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-CoA Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<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)

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
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 100-25 mg, 100-50 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta		
<i>acebutolol hcl oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atenolol oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>betaxolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bisoprolol fumarate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carvedilol oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 3.125 mg, 6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>labetalol hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<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)	

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>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NYMALIZE ORAL SOLUTION 6 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TAZTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG	\$0 (Nível 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina II		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

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-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-amlodipine oral tablet 40-10 mg, 40-5 mg, 80-10 mg, 80-5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 40-12.5 mg, 80-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan-hctz oral tablet 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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>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>toremide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ADRENALIN INJECTION SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>aliskiren fumarate oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clonidine hcl oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg, 0.3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	
<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)	

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
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 (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captopril oral tablet 100 mg, 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril maleate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 2)	
<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)	

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
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>grape flavor liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petrolatum gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PICODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pna-hrt base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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
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
<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)	

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 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
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>deferasirox 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 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		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA
<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)

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>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)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nível 2)	PA; 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)
<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)

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
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)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (1 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 4 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
OZEMPIC (2 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 8 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias)
<i>pioglitazone hcl oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)

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
VICTOZA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 18 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; 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
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR FLEXTouch SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LEVEMIR SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	

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
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)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 25 dias)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada 30 dias)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 30 dias)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

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
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CHATEAL ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 1/35 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)	

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
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)	
HALOETTE VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
HEATHER ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ICLEVIA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
INCASSIA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
INTROVALE ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
ISIBLOOM ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JASMIEL ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
JOLESSA ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
JULEBER ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
JUNEL FE 24 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
KAITLIB FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KARIVA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
KELNOR 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KELNOR 1/50 ORAL TABLET 1-50 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	

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
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)	
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)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

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
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)	
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)	

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
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRIVORA (28) ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-VYLIBRA LO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-VYLIBRA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nível 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nível 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)	\$0 (Nível 1)	

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
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ALDURAZyme INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
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

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
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
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>nitisinone oral capsule 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate injection solution 100 mcg/ml, 200 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate injection solution 1000 mcg/ml, 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 100 mcg/ml, 50 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>octreotide acetate subcutaneous solution prefilled syringe 500 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>raloxifene hcl oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gm/tsp</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

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
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 10 mg/ml, 20 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>estradiol-norethindrone acet oral tablet 0.5-0.1 mg, 1-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
FYAVOLV ORAL TABLET 0.5-2.5 MG-MCG, 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
JINTELI ORAL TABLET 1-5 MG-MCG	\$0 (Nível 2)	
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
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)	

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>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)	
<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

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
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
<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

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>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>eqi 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
<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

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>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
<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

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>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
<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

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 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
<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

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
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 antiflatulent oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sucralfate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tgt gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)

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>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)	
<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

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>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)	
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

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
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
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

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 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)	
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

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>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 psyllium fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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
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

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 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-Infeciosos Vaginais

<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clindamycin phosphate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp clotrimazole 3 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole vaginal gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>miconazole 3 combo pack app vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 COMBINATION PACK VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$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
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
Antispasmódicos		
<i>fesoterodine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
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)	
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>trospium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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>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 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
JANTOVEN ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 2 MG, 2.5 MG, 3 MG, 4 MG, 5 MG, 6 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>warfarin sodium oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 2.5 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg, 6 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XARELTO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (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)

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
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)	
DOPTLET 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 prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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
CENTRATX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CHROMAGEN 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
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>eqi iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eqi 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
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

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
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
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

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>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-feffa 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)	
OFTALMOLOGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>olopatadine hcl ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
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)	

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>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)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-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)	

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
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)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nível 2)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>difluprednate ophthalmic emulsion 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ILEVRO OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	

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 solution 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>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
<i>diphenhydramine hcl childrens 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>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 solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense allergy relief 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
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbecchlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 solution 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 solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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 (3 inaladores a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<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
<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

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
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
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Esteróides 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)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32ml 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
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
<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

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>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
<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

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 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>guaiaitussin 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
<i>hm mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 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 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
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$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 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 vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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-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
<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

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>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
<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

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
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)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (300 cápsulas 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
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 Musculosquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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
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

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 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)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

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

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
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos 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 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<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)	

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>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
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)	

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
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<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)	

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>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VIIBRYD STARTER PACK ORAL KIT 10 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 28 dias); NDS
<i>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)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<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

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
FANAPT ORAL TABLET 1 MG, 10 MG, 12 MG, 2 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FANAPT TITRATION PACK ORAL TABLET 1 & 2 & 4 & 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INVEGA HAFYERA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1092 MG/3.5ML, 1560 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 180 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 117 MG/0.75ML, 156 MG/ML, 234 MG/1.5ML, 78 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
INVEGA SUSTENNA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 39 MG/0.25ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias)
INVEGA TRINZA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 273 MG/0.88ML, 410 MG/1.32ML, 546 MG/1.75ML, 819 MG/2.63ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 90 dias); NDS
LATUDA ORAL TABLET 120 MG, 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LATUDA ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>loxapine succinate oral capsule 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lurasidone hcl oral tablet 120 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lurasidone hcl oral tablet 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 ampolas a cada 1 dia)

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>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 30 dias); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg, 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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

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 1.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE THERAPY PACK 1.5 & 3 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (6 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
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 6 & 12 & 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); 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)	

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>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8ml a cada 30 dias); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (40 comprimidos a cada 28 dias)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<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)
DAYVIGO ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral tablet 3 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>eszopiclone oral tablet 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)

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>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
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
<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

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>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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>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 (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Déficit De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
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

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>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
<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>eql 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)	

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
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.2 meq/l-%, 20-5-0.45 meq/l-%, 20-5-0.9 meq/l-%, 30-5-0.45 meq/l-%, 40-5-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl intravenous solution 20-0.9 meq/l-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/50ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride solution 20 meq/50ml intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride solution 20 meq/50ml intravenous</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)	

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
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nível 2)	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Oraís		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M15 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 15 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON M20 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 20 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON ORAL PACKET 20 MEQ	\$0 (Nível 1)	
KLOR-CON ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 8 MEQ	\$0 (Nível 1)	
<i>m-natal plus oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride crys er oral tablet extended release 10 meq, 15 meq, 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral capsule extended release 10 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride er oral tablet extended release 10 meq, 20 meq, 8 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral packet 20 meq</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride oral solution 20 meq/15ml (10%), 40 meq/15ml (20%)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prenatal oral tablet 27-1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sodium fluoride oral tablet 2.2 (1 f) mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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

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>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
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

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 500+d oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 500+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 + d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 high potency oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-200 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600-d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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 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
<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

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 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
<i>magnesium oxide -mg supplement 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

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>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
<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

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 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
<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
INTRALIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %, 30 %	\$0 (Nível 2)	B/D
NUTRILIPID INTRAVENOUS EMULSION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D
PLENAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 15 %	\$0 (Nível 1)	B/D
PREMASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROSOL INTRAVENOUS SOLUTION 20 %	\$0 (Nível 2)	B/D

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>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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

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
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
<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 multivitamins/iron 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>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
<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

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>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
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

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
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chewable vite childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable multi vits oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>companion oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
COMPETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete multivitamin/mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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>cvb b complex plus c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb 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>cvb daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb daily multiple for men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb daily multiple for women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb daily multiple women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvb eye health & lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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>cvx eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily mens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily mens formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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>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
<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-vitel/iron/beta-carotene oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

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

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
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq century mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq century mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq century oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq child multivit/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ advance 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 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq 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>eq 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

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
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
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

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
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 bl/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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 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
<i>gnp vitamin c oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c w/rose hips oral tablet 500-37 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d maximum strength oral tablet 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d super strength oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin d3 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin 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

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>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 multivitlfa 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
<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

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
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
<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

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
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
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

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>multi-day plus iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-day plus minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multilex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multilex-t&m oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult extra c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens (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

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>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
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

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>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 HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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>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
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

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 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
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vital/fe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly vitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-vital/iron oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvitamin/iron oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal 19 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal one daily oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal oral tablet 27-0.8 mg, 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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>prenatal vitamin and mineral oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamin oral tablet 27-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal vitamins oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prenatal iron oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>prevent oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRO-CAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PROCERV HP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>profola oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PROSIGHT ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
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

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>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
<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

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 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
<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

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>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
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 50 mcg, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 1000 unit, 200 unit, 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE FORTE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
SUNVITE ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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>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
<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-viteliron 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

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
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 multivitamin/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
<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

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>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 formula/lutein 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-beel/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
VITALET'S 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

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>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
<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 (1000 ut), 50 mcg (2000 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 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
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

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
womens 50+ advanced oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
womens daily form/falcalfe oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
womens daily formula oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
womens multi gummies oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
womens multi oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP
womens multivitamin oral tablet	\$0 (Nível 3)	DP
xvite oral tablet 1 mg	\$0 (Nível 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
yl folic acid oral tablet 400 mcg	\$0 (Nível 3)	DP
yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg	\$0 (Nível 3)	DP
yl vitamin c oral tablet 1000 mg	\$0 (Nível 3)	DP
yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg	\$0 (Nível 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
zoo friends complete oral tablet chewable	\$0 (Nível 3)	DP
zyvana oral capsule	\$0 (Nível 3)	DP

TÓPICO

Agentes De Boca/Garganta/Dentários

cevimeline hcl oral capsule 30 mg	\$0 (Nível 1)	
chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %	\$0 (Nível 1)	
clotrimazole mouth/throat troche 10 mg	\$0 (Nível 1)	QL (150 pastilhas a cada 30 dias)
lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %	\$0 (Nível 1)	
nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml	\$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
pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg	\$0 (Nível 1)	
triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %	\$0 (Nível 1)	

Antifúngicos

antifungal (clotrimazole) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antifungal (tolnaftate) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antifungal clotrimazole external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
anti-fungal external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
antifungal external powder 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
athletes foot (terbinafine) external cream 1 %	\$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>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
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

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>qc tolinaftate 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 tolinaftate 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>tolinaftate antifungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolinaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tolinaftate external powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
AVITA EXTERNAL CREAM 0.025 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
BENZEFOAM EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO EXTERNAL FOAM 5.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
BENZEPRO SHORT CONTACT EXTERNAL FOAM 9.8 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoyl peroxide-erythromycin external gel 5-3 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (46,6 gramas a cada 30 dias)
CLARAVIS ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clindamycin phosphate external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 gramas a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external lotion 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>clindamycin phosphate external solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
DIFFERIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ery external pad 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 compressas a cada 30 dias)
<i>erythromycin external solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)

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>isotretinoin oral capsule 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>sulfacetamide sodium (acne) external lotion 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118ml a cada 30 dias)
<i>tretinoin external cream 0.025 %, 0.05 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>tretinoin external gel 0.01 %, 0.025 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (45 gramas a cada 30 dias)
ZENATANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
Dermatologia, Agentes De Tratamento De Feridas		
REGRANEX EXTERNAL GEL 0.01 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 gramas a cada 30 dias); NDS
SANTYL EXTERNAL OINTMENT 250 UNIT/GM	\$0 (Nível 2)	QL (180 gramas a cada 30 dias)
<i>sodium chloride irrigation solution 0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sterile water for irrigation irrigation solution</i>	\$0 (Nível 1)	
Dermatologia, Anestésicos Locais		
GLYDO EXTERNAL PREFILLED SYRINGE 2 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60ml a cada 30 dias)
<i>lidocaine external ointment 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>lidocaine external patch 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
<i>lidocaine hcl external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (50ml a cada 30 dias)
<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

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>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
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)

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>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)
<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, Escabícidias E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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 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
<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

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>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
<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

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
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 pacotes a cada 30 dias)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
LACTINOL HX EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MEDPURA ZINC OXIDE EXTERNAL OINTMENT 20 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NIVEA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NIVEA SOFT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (7ml a cada 28 dias)
<i>povidone-iodine external ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	

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>px calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nível 2)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
RISAMINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.625 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
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.....	102	adult aspirin regimen.....	33	allergy-time.....	96
12 hour nasal decongestant.....	102	adult one daily gummies.....	135	allopurinol.....	37
12 hour nasal spray.....	102	ADVAIR DISKUS.....	99	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	72
1st base.....	56	ADVAIR HFA.....	99	alosetron hcl.....	76
24hr allergy relief.....	95	ADVANCED MULTI EA.....	135	ALPHAGAN P.....	89
3 day vaginal.....	83	ADVANTAGE CARE.....		alprazolam.....	110
4-WAY FAST ACTING.....	102	ELECTROLYTE PED.....	128	ALREX.....	91
50+ adult eye health.....	135	ADVIL JUNIOR STRENGTH.....	30	ALTAVERA.....	63
8 hour arthritis pain reliever.....	33	AFIRMELLE.....	62	alum & mag hydroxide-simeth.....	72
8 hr arthritis pain relief.....	33	AIMOVIG.....	121	alumina-magnesia-simethicone.....	72
8hr muscle aches & pain.....	33	AIRBORNE.....	135	aluminum hydroxide gel.....	72
a thru z advanced.....	135	AIRBORNE GUMMIES.....	135	ALUNBRIG.....	15
a thru z high potency.....	135	AIRBORNE KIDS.....	135	alyacen 1/35.....	63
a thru z select.....	135	AIRBORNE+GOOD REST.....	135	alyacen 7/7/7.....	63
a thru z select 50+ advanced.....	135	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	135	AMABELZ.....	70
a thru z select 50+ mens.....	135	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	135	amantadine hcl.....	109
a thru z select advanced.....	135	ala-cort.....	168	ambrisentan.....	55
a thru z select ultimate women.....	135	ALAVERT.....	95	AMETHIA.....	63
a thru z ultimate mens.....	135	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	102	amikacin sulfate.....	41
a-10000.....	135	albendazole.....	41	amiloride hcl.....	53
abacavir sulfate.....	38	albuterol sulfate.....	95	amiloride-hydrochlorothiazide.....	53
abacavir sulfate-lamivudine.....	40	albuterol sulfate hfa.....	95	amiodarone hcl.....	49
abc complete senior womens 50+.....	135	alclometasone dipropionate.....	168	amitriptyline hcl.....	115
abc plus.....	135	ALDURAZyme.....	68	AMLADEX.....	136
ABC PLUS SENIOR ADULTS 50+.....	135	ALECENSA.....	15	amlodipine besy-benazepril hcl.....	53
ABELCET.....	40	alendronate sodium.....	71	amlodipine besylate.....	51
ABILIFY MAINTENA.....	117	aler-cap.....	95	amlodipine besylate-valsartan.....	52
abiraterone acetate.....	21	alfuzosin hcl er.....	85	amlodipine-olmesartan.....	52
ABRYSVO.....	27	algae based calcium.....	135	ammonium lactate.....	170
acamprosate calcium.....	122	aliskiren fumarate.....	54	AMNESTEEM.....	166
acarbose.....	59	ALIVE ULTRA POTENCY.....		amoxapine.....	115
ACCUTANE.....	166	WOMENS 50+.....	135	amoxicillin.....	47
acebutolol hcl.....	51	ALIVE WOMENS 50+.....	135, 136	amoxicillin-pot clavulanate.....	47
acerola c-500.....	135	ALIVE WOMENS ENERGY.....	136	amoxicillin-pot clavulanate er.....	47
acetaminophen.....	33	ALIVE WOMENS GUMMY.....	136	amphetamine-dextroamphet er.....	125
acetaminophen 8 hour.....	33	all day allergy.....	95	amphetamine-dextroamphetamine.....	125
acetaminophen childrens.....	33	all day allergy childrens.....	95	amphotericin b.....	40
acetaminophen er.....	33	all day allergy d.....	102	amphotericin b liposome.....	40
acetaminophen extra strength.....	33	all day allergy-d.....	102	ampicillin.....	47
acetaminophen infants.....	33	ALLBEE/C.....	136	ampicillin sodium.....	48
acetaminophen-codeine.....	31	all-day allergy childrens.....	96	ampicillin-sulbactam sodium.....	48
acetazolamide.....	53	aller-chlor.....	96	anagrelide hcl.....	86
acetazolamide er.....	53	aller-ease.....	96	anastrozole.....	21
acetic acid.....	84, 94	allergy.....	96	animal chews.....	136
acetylcysteine.....	100	allergy (cetirizine).....	96	ANIMAL SHAPES.....	136
acitretin.....	168	allergy 24-hr.....	96	animal shapes/iron.....	136
ACTHIB.....	28	allergy childrens.....	96	ANIMI-3.....	136
actical.....	135	allergy rel child (loratadine).....	96	ANORO ELLIPTA.....	99
ACTIMMUNE.....	26	allergy relief.....	96	antacid.....	73
active fe.....	86	allergy relief (loratadine).....	96	antacid anti-gas max strength.....	72
acyclovir.....	44	allergy relief cetirizine.....	96	antacid anti-gas reg strength.....	72
acyclovir sodium.....	44	allergy relief childrens.....	96	antacid maximum strength.....	73
ADACEL.....	28	allergy relief d.....	102	antacid plus anti-gas relief.....	73
adapalene.....	166	allergy relief d-12.....	102	antacid regular strength.....	73
adefovir dipivoxil.....	44	allergy relief d-24.....	102	antacid/antigas.....	73
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	135	allergy relief indoor/outdoor.....	96	antacid/anti-gas.....	73
ADEMPAS.....	55	allergy relief nasal decongest.....	102	anti-diarrheal.....	74
ADIPEX-P.....	122	allergy relief-d.....	102	antifungal.....	164
ADRENALIN.....	54	allergy/congestion relief.....	102	anti-fungal.....	164

<i>antifungal (clotrimazole)</i>	164	AUSTEDO.....	120	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	53
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	164	AUSTEDO XR.....	120	BENDEKA.....	15
<i>antifungal clotrimazole</i>	164	AUSTEDO XR PATIENT		BENLYSTA.....	27
<i>anti-itch</i>	170	TITRATION.....	120	BENZEDREX.....	102
<i>antioxidant</i>	136	AUVELITY.....	115	BENZEFOAM.....	166
<i>anti-oxidant</i>	136	AVIANE.....	63	BENZEPRO.....	166
<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	136	AVITA.....	166	BENZEPRO SHORT CONTACT ...	166
<i>antioxidant formula</i>	136	AYUNA.....	63	<i>benzoin</i>	170
<i>antiseptic skin cleanser</i>	170	AYVAKIT.....	15	<i>benzonatate</i>	102
APHEN.....	34	<i>az cream</i>	56	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	166
<i>aprepitant</i>	75	<i>azacitidine</i>	22	<i>benzphetamine hcl</i>	122
APRI.....	63	<i>azathioprine</i>	27	<i>benztropine mesylate</i>	109
APTIOM.....	110	<i>azelastine hcl</i>	89, 96	BERINERT.....	86
APTIVUS.....	38	<i>azithromycin</i>	46	BESIVANCE.....	91
AQUA GLYCOLIC FACE.....	170	AZO HORMONAL HEALTH		BESREMI.....	23
AQUADEKS.....	136	CYCLE CARE.....	136	<i>beta care</i>	170
<i>aqueous vitamin d</i>	136	AZO HORMONAL HEALTH		BETA XMA.....	170
ARALAST NP.....	100	HAPPY CYCL.....	136	BETADINE.....	170
ARANELLE.....	63	<i>aztreonam</i>	41	<i>betaine</i>	68
ARBEM H-COSMETIC.....	56	AZURETTE.....	63	<i>betamethasone dipropionate</i>	168
ARBEM LIOPEN.....	56	<i>b complex</i>	136	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	168
ARCALYST.....	26	<i>b complex (folic acid)</i>	136	<i>betamethasone valerate</i>	168
AREXVY.....	28	<i>b complex vitamins</i>	136	BETASERON.....	122
<i>aripiprazole</i>	117	<i>b complex-b12</i>	136	<i>betaxolol hcl</i>	51, 89
ARISTADA.....	117	<i>b complex-c</i>	136	<i>bethanechol chloride</i>	84
ARISTADA INITIO.....	117	<i>b complex-c-folic acid</i>	136	BETOPTIC-S.....	89
<i>armodafinil</i>	122	<i>b-1</i>	136	<i>better b complex</i>	137
ARNUITY ELLIPTA.....	101	<i>b-12</i>	136	BEVESPI AEROSPHERE.....	99
<i>arthritis pain relief</i>	34	<i>b-12 tr</i>	136	<i>bexarotene</i>	23, 170
<i>arthritis pain relieving</i>	170	<i>b-6</i>	136	BEXSERO.....	28
<i>artificial tears</i>	92	<i>b6 natural</i>	136	<i>bicalutamide</i>	21
<i>ascorbic acid</i>	136	<i>bacitracin</i>	90, 167	BICILLIN L-A.....	48
<i>asenapine maleate</i>	117	<i>bacitracin zinc</i>	167	BIKTARVY.....	40
ASHLYNA.....	63	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	167	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	137
<i>aspirin</i>	34	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	90	<i>biocal</i>	137
<i>aspirin adult low strength</i>	34	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	90	BIOLYTE.....	128
<i>aspirin ec adult low strength</i>	34	<i>baclofen</i>	110	<i>biosupp</i>	137
<i>aspirin ec low strength</i>	34	BACMIN.....	136	BIOTECT PLUS.....	137
<i>aspirin low dose</i>	34	BAFIERTAM.....	122	<i>biotin</i>	137
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	89	<i>balance b-50</i>	136	<i>biotin 5000</i>	137
ASSURE ID INSULIN SAFETY		<i>balsalazide disodium</i>	77	<i>biotin maximum strength</i>	137
SYR.....	61	BALVERSA.....	15	<i>biotin plus/calcium/vit d3</i>	137
<i>atazanavir sulfate</i>	38	BALZIVA.....	63	<i>bisacodyl</i>	78
<i>atenolol</i>	51	BANOPHEN.....	96, 170	<i>bisacodyl ec</i>	78
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	51	BARACLUDE.....	44	<i>bisacodyl laxative</i>	78
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	164	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	136	<i>bismatrol</i>	74
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	164	BASAGLAR KWIKPEN.....	61	<i>bismuth</i>	74
<i>athletes foot powder spray</i>	165	BASE PCCA CLARIFYING.....	56	<i>bismuth subsalicylate</i>	74
<i>athletes foot spray</i>	165	BASLE.....	170	<i>bisoprolol fumarate</i>	51
<i>atomoxetine hcl</i>	125	BAYER ASPIRIN.....	34	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>atorvastatin calcium</i>	50	BAYER ASPIRIN EC LOW DOSE...	34	BIVIGAM.....	26
<i>atovaquone</i>	41	<i>bcg vaccine</i>	28	BLISOVI 24 FE.....	63
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	43	<i>b-complex (folic acid)</i>	137	BLISOVI FE 1.5/30.....	63
<i>atropine sulfate</i>	92	<i>b-complex balanced</i>	137	<i>body/hair/skin/nails</i>	137
ATROVENT HFA.....	95	<i>b-complex/b-12</i>	137	BOOSTRIX.....	28
AUBRA EQ.....	63	<i>b-complex/vitamin c</i>	137	<i>bortezomib</i>	15
AUROVELA 1/20.....	63	<i>b-complex-c</i>	137	<i>bosentan</i>	55
AUROVELA 24 FE.....	63	<i>b-complex-c</i>	137	BOSULIF.....	15
AUROVELA FE 1.5/30.....	63	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	137	<i>bp vit 3</i>	137
AUROVELA FE 1/20.....	63	BELSOMRA.....	121	BPROTECTED MULTI-VITE.....	137
		<i>benazepril hcl</i>	55		

BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	137	calcium 600.....	130	castellani paint modified.....	165
BPROTECTED PEDIA POLY-		calcium 600 + d.....	130	CAYSTON.....	41
VITE/FE.....	137	calcium 600 high potency.....	130	c-chewable.....	137
BRAFTOVI.....	15	calcium 600/vitamin d.....	130	cefaclor.....	45
BREO ELLIPTA.....	99	calcium 600+d.....	130	cefaclor er.....	45
BREZTRI AEROSPHERE.....	99	calcium 600+d high potency.....	130	cefadroxil.....	45
brillyn.....	63	calcium 600+d3.....	130	cefazolin sodium.....	45
BRILINTA.....	89	calcium 600-d.....	130	cefazolin sodium-dextrose.....	45
brimonidine tartrate.....	89	calcium acetate.....	57	cefdinir.....	45
brinzolamide.....	90	calcium acetate (phos binder).....	57	cefepime hcl.....	45
BRIVIACT.....	110, 111	calcium carb-cholecalciferol.....	130	cefexime.....	45
bromocriptine mesylate.....	109	calcium carbonate.....	130	cefoxitin sodium.....	45
BROMSITE.....	91	calcium carbonate antacid.....	73	cefpodoxime proxetil.....	45
BRUKINSA.....	15	calcium citrate.....	130	cefprozil.....	45
budesonide.....	77, 101	calcium citrate + d3.....	130	ceftazidime.....	46
budesonide er.....	77	calcium citrate + d3 maximum.....	130	ceftazidime and dextrose.....	46
bumetanide.....	53	calcium citrate +d.....	130	ceftriaxone sodium.....	46
buprenorphine.....	32	calcium citrate+d3.....	130	cefuroxime axetil.....	46
buprenorphine hcl.....	123	calcium citrate+d3 petites.....	130	cefuroxime sodium.....	46
buprenorphine hcl-naloxone hcl.....	123	calcium citrate-vitamin d.....	130	celecoxib.....	30
bupropion hcl.....	115	calcium citrate-vitamin d3.....	130	CELONTIN.....	111
bupropion hcl er (smoking det).....	123	calcium extra d3.....	130	centavite a-z complete-mineral.....	137
bupropion hcl er (sr).....	115	calcium high potency.....	130	CENTRATEx.....	86
bupropion hcl er (xl).....	115	calcium high potency/vitamin d.....	130	centravites.....	138
buspirone hcl.....	110	calcium oyster shell.....	130	centravites 50 plus.....	137
butenafine hcl.....	165	calcium plus vitamin d.....	131	centravites adults.....	138
butorphanol tartrate.....	31	calcium+d3.....	131	CENTRUM.....	138
BYDUREON BCISE.....	59	calcium-magnesium-zinc.....	131	CENTRUM ADULTS.....	138
BYETTA 10 MCG PEN.....	59	calcium-vitamin d3.....	131	CENTRUM CARDIO.....	138
BYETTA 5 MCG PEN.....	59	CALMOSEPTINE.....	170	CENTRUM FLAVOR BURST	
c 1000.....	137	CALQUENCE.....	16	ADULT.....	138
c 500.....	137	CAMILA.....	63	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
c-1000.....	137	CAMRESE.....	63		138
c-1000/rose hips.....	137	CAMRESE LO.....	63	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ..	138
c-250.....	137	candesartan cilexetil.....	49	CENTRUM FRESH/FRUITY	
c-500.....	137	candesartan cilexetil-hctz.....	52, 53	ADULT.....	138
c-500/rose hips.....	137	capcof.....	102	CENTRUM KIDS.....	138
cabergoline.....	68	CAPLYTA.....	117	CENTRUM MEN.....	138
CABOMETYX.....	15	CAPRELSA.....	16	CENTRUM MULTIGUMMIES.....	138
calamine.....	170	capsaicin.....	170	CENTRUM SILVER.....	138
calamine phenolated.....	170	capsaicin pain relief.....	171	CENTRUM SILVER 50+MEN.....	138
calamine-zinc oxide.....	170	captopril.....	55	CENTRUM SILVER 50+WOMEN..	138
CALCI-CHEW.....	129	captopril-hydrochlorothiazide.....	53	CENTRUM SILVER ADULT 50+ ..	138
CALCIDOL.....	137	CAPZASIN-HP.....	171	CENTRUM SILVER ULTRA	
calcipotriene.....	168	carbamazepine.....	111	WOMENS.....	138
calcitonin (salmon).....	71	carbamazepine er.....	111	CENTRUM SPECIALIST HEART..	138
CALCITRATE.....	129	carbidopa-levodopa.....	109	CENTRUM SPECIALIST VISION..	138
CALCITRENE.....	168	carbidopa-levodopa er.....	109	CENTRUM ULTRA WOMENS.....	138
calcitriol.....	58	carbidopa-levodopa-entacapone..	109	CENTRUM WOMEN.....	138
calcium.....	130	carboplatin.....	15	century.....	138
calcium + d.....	129	carboxymethylcellulose sod pf.....	92	century mature.....	138
calcium + vitamin d3.....	129	carboxymethylcellulose sodium.....	92	cephalexin.....	46
calcium 500 + d.....	129	CARDIOTEK RX.....	137	CERALYTE 70.....	128
calcium 500 + d3.....	129	carglumic acid.....	68	CERASPORT.....	128
calcium 500 +d.....	129	carisoprodol.....	110	CERASPORT EX1.....	128
calcium 500/d.....	129	CARRINGTON ANTIFUNGAL.....	165	CERAVE.....	171
calcium 500/vitamin d.....	129	carteolol hcl.....	90	CERAVE MOISTURIZING.....	171
calcium 500+d.....	130	CARTIA XT.....	51	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
calcium 500+d high potency.....	129	carvedilol.....	51	SKIN.....	171
calcium 500+d3.....	130	caspofungin acetate.....	41	CERDELGA.....	68

CEREFOLIN	138	CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	131	COMETRIQ (100 MG DAILY	
CEREZYME	68	<i>citrus calcium +d</i>	131	DOSE)	16
CEROVITE ADVANCED		<i>citrus calcium/vitamin d</i>	131	COMETRIQ (140 MG DAILY	
FORMULA	138	CLARAVIS	166	DOSE)	16
CEROVITE JR	138	<i>clarithromycin</i>	46	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) .	16
CEROVITE SENIOR	138	<i>clarithromycin er</i>	46	COMFORT ASSIST INSULIN	
<i>certa plus</i>	138	<i>classic prenatal</i>	139	SYRINGE	61
CERTA-VITE	138	CLEAR EYES NATURAL TEARS	92	<i>companion</i>	139
CERTAVITE SENIOR	138	CLEARLAX	78	COMPETE	139
CERTAVITE		<i>clindamycin hcl</i>	41	COMPLERA	40
SENIOR/ANTIOXIDANT	138	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	41	<i>complete</i>	139
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS	139	<i>clindamycin phosphate</i>	42, 83, 166	<i>complete allergy medicine</i>	96
CETAPHIL MOISTURIZING	171	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	42	<i>complete allergy relief</i>	96
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	171	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	42	<i>complete multivitamin/mineral</i>	139
<i>cetirizine hcl</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10) ...	134	<i>complete senior</i>	139
<i>cetirizine hcl allergy child</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	134	COMPRO	75
<i>cetirizine hcl childrens</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	134	<i>constulose</i>	78
<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	134	COPIKTRA	16
<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	102	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	134	<i>coq10</i>	126
<i>cevimeline hcl</i>	164	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	134	<i>coq-10</i>	126
<i>charcoal</i>	68	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	134	CORLANOR	54
CHATEAL	63	CLINISOL SF	134	CORVITA	139
CHEMET	58	CLINOLIPID	134	CORVITA 150	87
<i>chest congestion relief</i>	103	<i>clobazam</i>	111	CORVITE 150	87
<i>chest congestion relief dm</i>	102	<i>clobetasol propionate</i>	169	<i>corvite fe</i>	87
<i>chewable vite childrens</i>	139	<i>clobetasol propionate e</i>	169	COTELLIC	16
<i>childrens acetaminophen</i>	34	<i>clomipramine hcl</i>	115	<i>cough dm</i>	103
CHILDRENS ADVIL	30	<i>clonazepam</i>	111	<i>cough dm childrens</i>	103
<i>childrens animal shapes</i>	139	<i>clonidine</i>	54	<i>cough/chest congestion dm</i>	103
<i>childrens apap</i>	34	<i>clonidine hcl</i>	54	<i>cream base</i>	56
<i>childrens chew multivitamin</i>	139	<i>clopidogrel bisulfate</i>	89	CREON	78
<i>childrens chewable multi vits</i>	139	<i>clorazepate dipotassium</i>	111	<i>cromolyn sodium</i>	76, 89, 100
<i>childrens chewable vitamins</i>	139	CLORPACTIN	171	CRYSSELLE-28	63
<i>childrens gummies</i>	139	<i>clotrimazole</i>	83, 164, 165	CULTURELLE PROBIOTICS +	
<i>childrens ibuprofen</i>	30	<i>clotrimazole 3</i>	83	MULTIV	139
<i>childrens loratadine</i>	96	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	165	<i>cupric chloride</i>	134
<i>childrens multivitamin</i>	139	<i>clotrimazole athletes foot</i>	165	CVS AIRSHIELD	139
<i>childrens silapap</i>	34	<i>clotrimazole-betamethasone</i>	165	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
<i>chlorhexidine gluconate</i>	164	<i>clozapine</i>	117	SUPPORT	139
<i>chlorhist</i>	96	<i>co q 10</i>	125	<i>cvs b complex plus c</i>	139
<i>chloroquine phosphate</i>	43	<i>co q10</i>	126	<i>cvs b-1</i>	139
<i>chlorpheniramine maleate</i>	96	<i>co q-10</i>	126	<i>cvs b6</i>	139
<i>chlorpromazine hcl</i>	117	COARTEM	43	<i>cvs biotin</i>	139
<i>chlorthalidone</i>	54	<i>coconut oil beauty</i>	171	<i>cvs calcium carbonate</i>	131
<i>cholestyramine</i>	50	<i>cod liver oil</i>	139	<i>cvs calcium citrate +d</i>	131
<i>cholestyramine light</i>	50	<i>coditussin ac</i>	103	<i>cvs calcium citrate +d3 mini</i>	131
CHROMAGEN	86	<i>coditussin dac</i>	103	<i>cvs calcium citrate+d3</i>	131
<i>chromic chloride</i>	134	<i>coenzyme q10</i>	126	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	131
<i>ciclopirox olamine</i>	165	<i>coenzyme q-10</i>	126	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	139
<i>cilostazol</i>	86	<i>co-enzyme q10</i>	126	<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	139
CILOXAN	91	<i>co-enzyme q-10</i>	126	<i>cvs childrens complete</i>	139
CIMDUO	40	COLACE	78	<i>cvs coenzyme q-10</i>	126
<i>cinacalcet hcl</i>	68	COLACE 2-IN-1	78	<i>cvs cough dm</i>	103
CIPRO	47	<i>colchicine</i>	37	<i>cvs d3</i>	139
<i>ciprofloxacin hcl</i>	47, 91	<i>colchicine-probenecid</i>	37	<i>cvs daily gummies</i>	139
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	47	<i>colesevelam hcl</i>	50	<i>cvs daily gummies adult</i>	139
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	95	<i>colestipol hcl</i>	50	<i>cvs daily multiple for men</i>	139
<i>cisplatin</i>	15	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	42	<i>cvs daily multiple for women</i>	139
<i>citalopram hydrobromide</i>	115	COMBIGAN	90	<i>cvs daily multiple women 50+</i>	139
CITRACAL MAXIMUM	131	COMBIVENT RESPIMAT	99	<i>cvs e</i>	139

<i>cvs electrolyte solution</i>	128	CYSTARAN.....	92	DELSYM.....	103
<i>cvs eye health & lutein</i>	139	<i>cytarabine</i>	22	DELSYM COUGH CHILDRENS....	103
<i>cvs eye health adult 50+</i>	140	<i>d 1000</i>	141	<i>delta d3</i>	142
<i>cvs folic acid</i>	140	<i>d 10000</i>	141	DENGVAZIA.....	28
<i>cvs gauze sterile</i>	61	<i>d 2000</i>	141	DEPO-TESTOSTERONE.....	58
<i>cvs glucose</i>	58	<i>d 400</i>	141	DERMABASE.....	171
<i>cvs gummy dinos</i>	140	<i>d 5000</i>	141	DERMACINRX FOLTAMIN.....	142
<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	140	<i>d-1000 extra strength</i>	141	DERMACINRX RIBOTIN-E.....	142
<i>cvs iron</i>	87	<i>d2000 ultra strength</i>	141	DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	142
<i>cvs jock itch</i>	165	<i>d3</i>	141	DERMAFUNGAL.....	165
CVS KETONE CARE.....	68	<i>d3 high potency</i>	141	DESCOVY.....	40
<i>cvs lice treatment</i>	169	<i>d3 maximum strength</i>	141	DESENEX.....	165
<i>cvs magnesium</i>	131	<i>d3 super strength</i>	141	<i>desipramine hcl</i>	115
<i>cvs magnesium oxide</i>	131	<i>d3 vitamin</i>	141	<i>desmopressin ace spray refig</i>	68
<i>cvs mens daily gummies</i>	140	<i>d3-1000</i>	141	<i>desmopressin acetate</i>	68
<i>cvs moisturizing</i>	171	<i>d-3-5</i>	141	<i>desmopressin acetate pf</i>	68
<i>cvs moisturizing extra dry</i>	171	D3-50.....	141	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	63
<i>cvs one daily essential</i>	140	<i>d-400</i>	141	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	115
<i>cvs one daily mens 50+ adv</i>	140	<i>d-5000</i>	141	<i>dexamethasone</i>	70
<i>cvs one daily mens formula</i>	140	<i>daily multi</i>	141	DEXAMETHASONE INTENSOL....	70
<i>cvs one daily womens 50+ adv</i>	140	<i>daily multiple vitamins</i>	141	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...	71
<i>cvs one daily womens formula</i>	140	<i>daily multiple vitamins/iron</i>	141	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	71, 91
<i>cvs oyster shell calcium+vit d</i>	131	<i>daily multivitamin</i>	141	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	125
<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	131	<i>daily value multivitamin</i>	141	<i>dextromethorphan hbr</i>	103
<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	128	<i>daily vitamin</i>	141	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	103
<i>cvs pediatric electrolyte</i>	128	<i>daily vitamin formula</i>	141	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	103
<i>cvs pinworm treatment</i>	42	<i>daily vitamin formula+iron</i>	141	<i>dextrose</i>	134
<i>cvs spectravite adult 50+</i>	140	<i>daily vitamin formula+minerals</i>	141	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	126
<i>cvs spectravite adults</i>	140	<i>daily vitamins</i>	141	<i>dextrose in lactated ringers</i>	126
<i>cvs spectravite advanced</i>	140	<i>daily vite</i>	141	<i>dextrose-nacl</i>	126
<i>cvs spectravite men</i>	140	<i>daily vite multivitamin/iron</i>	141	<i>dextrose-sodium chloride</i>	126
<i>cvs spectravite men 50+</i>	140	<i>daily vites</i>	141	<i>diabetes health formula</i>	142
<i>cvs spectravite senior</i>	140	<i>daily vites/iron</i>	141	DIABETIC TUSSIN DM.....	103
<i>cvs spectravite ultra men 50+</i>	140	<i>daily-vite</i>	141	DIABETIDERM.....	171
<i>cvs spectravite ultra mens</i>	140	<i>daily-vite multivitamin</i>	141	DIABETIDERM FOOT.....	
<i>cvs spectravite ultra women</i>	140	<i>daily-vitel/iron/beta-carotene</i>	141	REJUVENATING.....	171
<i>cvs spectravite women</i>	140	<i>dalfampridine er</i>	122	DIACOMIT.....	111
<i>cvs spectravite women 50+</i>	140	<i>danazol</i>	70	DIALYVITE.....	142
<i>cvs spectravite womens senior</i>	140	<i>dantrolene sodium</i>	110	DIALYVITE 3000.....	142
<i>cvs super b complex/c</i>	140	<i>dapsone</i>	42	DIALYVITE 5000.....	142
<i>cvs vision health</i>	140	DAPTACEL.....	28	DIALYVITE 800.....	142
<i>cvs vitamin b12</i>	140	<i>daptomycin</i>	42	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	142
<i>cvs vitamin b-12</i>	140	<i>darunavir</i>	38	DIALYVITE 800/ZINC.....	142
<i>cvs vitamin c</i>	140	DASETTA 1/35.....	63	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	142
<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	140	DASETTA 7/7/7.....	63	DIALYVITE SUPREME D.....	142
<i>cvs vitamin d3</i>	140	DAURISMO.....	16	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	142
<i>cvs vitamin e</i>	140	<i>dayavite</i>	142	DIALYVITE/ZINC.....	142
<i>cvs womens active daily</i>	140	DAYSEE.....	63	<i>diamode</i>	74
<i>cvs womens daily gummies</i>	140	DAYVIGO.....	121	<i>diazepam</i>	111
<i>cvs zinc gluconate</i>	131	DEBLITANE.....	63	DIAZEPAM INTENSOL.....	111
<i>cyanocobalamin</i>	140	DEBROX.....	173	<i>diazoxide</i>	58
<i>cyclobenzaprine hcl</i>	110	DECARA.....	142	<i>diclofenac potassium</i>	30
<i>cyclophosphamide</i>	15	DECUBI-VITE.....	142	<i>diclofenac sodium</i>	30, 91, 171
<i>cycloserine</i>	39	<i>deferasirox</i>	58	<i>diclofenac sodium er</i>	30
<i>cyclosporine</i>	27	<i>deferasirox granules</i>	58	<i>dicloxacillin sodium</i>	48
<i>cyclosporine modified</i>	27	<i>dekas bariatric</i>	142	<i>dicyclomine hcl</i>	76
<i>cyproheptadine hcl</i>	96	DEKAS PLUS.....	142	<i>diethylpropion hcl</i>	123
CYRED EQ.....	63	DEKAS PLUS OCEAN.....	142	<i>diethylpropion hcl er</i>	123
CYSTADROPS.....	92	DELESTROGEN.....	70	DIFFERIN.....	166
CYTAGON.....	68	DELSTRIGO.....	40		

DIFICID.....	46	dss.....	79	enoxaparin sodium.....	85
diflunisal.....	30	duloxetine hcl.....	116	ENPRESSE-28.....	64
difluprednate.....	91	DUPIXENT.....	24	ENSKYCE.....	64
digoxin.....	54	dutasteride.....	85	ENSTILAR.....	169
dihydroergotamine mesylate.....	121	dutasteride-tamsulosin hcl.....	85	entacapone.....	109
DILANTIN.....	111	D-VI-SOL.....	142	entecavir.....	44
DILANTIN INFATABS.....	111	DYNA-HEX 4.....	171	ENTRESTO.....	53
diltiazem hcl.....	52	e 1000.....	142	enulose.....	79
diltiazem hcl er.....	52	E.E.S. 400.....	46	EPCLUSA.....	44
diltiazem hcl er beads.....	52	e200.....	142	EPIDIOLEX.....	112
diltiazem hcl er coated beads.....	52	e-200.....	142	epinephrine.....	100
dilt-xr.....	52	e-400.....	142	epinephrine (anaphylaxis).....	54
DINO-LIFE.....	142	ear drops.....	173	EPITOL.....	112
diphen.....	96	ear drops earwax aid.....	173	EPIVIR HBV.....	44
diphenhist.....	96	earwax removal.....	173	eplerenone.....	49
diphenhydramine hcl.....	97	earwax removal kit.....	173	EPRONTIA.....	112
diphenhydramine hcl childrens.....	96	ec-naproxen.....	30	epsom salt.....	79
diphenhydramine-zinc acetate.....	171	ECOTRIN.....	34	eq calcium 500+d.....	131
diphenoxylate-atropine.....	76	ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	34	eq calcium citrate+d.....	131
diphtheria-tetanus toxoids dt.....	28	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	34	eq complete multivit adult 50+.....	143
dipyridamole.....	89	ed chlorped jr.....	97	eq complete multivitamin child.....	143
disney cars gummies.....	142	ed-a-hist dm.....	103	eq complete multivitamin-adult.....	143
disney princess gummies.....	142	ed-apap.....	34	eq cough dm.....	103
disopyramide phosphate.....	49	EDURANT.....	38	eq lice killing max st.....	169
disulfiram.....	123	efavirenz.....	38	eq multivitamin gummies.....	143
divalproex sodium.....	112	efavirenz-emtricitab-tenofo df.....	40	eq one daily mens 50+.....	143
divalproex sodium er.....	111	efavirenz-lamivudine-tenofovir.....	40	eq one daily mens health.....	143
DML FORTE.....	171	ELDERTONIC.....	142	eq one daily womens health.....	143
docetaxel.....	23, 24	ELFOLATE PLUS.....	142	eq therapeutic moisturizing.....	171
docu.....	79	ELIGARD.....	21	eq all day allergy.....	97
DOCU LIQUID.....	78	ELINEST.....	63	eq allergy/congestion relief.....	103
docusate calcium.....	79	ELIQUIS.....	85	eq antacid/anti-gas.....	73
docusate mini.....	79	ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK.....	85	eq b complex 50.....	143
docusate sodium.....	79	ELLECE.....	22	eq b-6.....	143
DOCUSOL MINI.....	79	ELURYNG.....	63	eq calcium citrate/vitamin d.....	131
DOCUSOL PLUS MINI-ENEMA.....	79	EMCYT.....	21	eq calcium citrate/vitamin d3.....	131
dofetilide.....	49	EMERGEN-C VITAMIN C.....	143	eq calcium/vitamin d.....	131
DOK.....	79	EMOLLIA-CREME.....	171	eq century.....	143
donepezil hcl.....	114, 115	emollient base.....	56	eq century mature.....	143
DOPTelet.....	86	EMOQUETTE.....	64	eq century mature adults 50+.....	143
dorzolamide hcl.....	90	EMSAM.....	116	eq century mens.....	143
dorzolamide hcl-timolol mal.....	90	emtricitabine.....	38	eq child multivit/minerals.....	143
DOTTI.....	70	emtricitabine-tenofovir df.....	40	eq coq10.....	126
DOVATO.....	40	EMTRIVA.....	38	eq iron supplement therapy.....	87
doxazosin mesylate.....	51	EMVERM.....	42	eq one daily mens 50+ advance... ..	143
doxepin hcl.....	115, 121	enalapril maleate.....	55	eq one daily mens health.....	143
doxorubicin hcl.....	22	enalapril-hydrochlorothiazide.....	53	eq one daily womens 50+ adv.....	143
doxorubicin hcl liposomal.....	22	ENBREL.....	24	eq slow release iron.....	87
DOXY 100.....	48	ENBREL MINI.....	24	eq super b complex/vitamin c.....	143
doxycycline hyclate.....	48	ENBREL SURECLICK.....	24	eq vision formula.....	143
doxycycline monohydrate.....	49	ENDARI.....	86	eq vitamin b-12.....	143
DRISDOL.....	142	ENDOCET.....	31	eq vitamin b-12 tr.....	143
DRIZALMA SPRINKLE.....	116	ENDUR-ACIN.....	143	eq vitamin c.....	143
dronabinol.....	75	ENDUR-C.....	143	eq vitamin c/rose hips.....	143
drospiren-eth estrad-levomefol.....	63	enema.....	79	eq vitamin d3.....	143
drospirenone-ethinyl estradiol.....	63	enema ready-to-use.....	79	eq vitamin e.....	143
DROXIA.....	86	ENEMEEZ MINI.....	79	ergocalciferol.....	143
droxidopa.....	54	ENEMEEZ PLUS.....	79	ergotamine-caffeine.....	121
DRY EYE FORMULA.....	142	ENFAMIL ENFALYTE.....	128	ERIVEDGE.....	16
dry eye relief drops.....	92	ENERGIX-B.....	28	ERLEADA.....	21

<i>erlotinib hcl</i>	16	FANAPT.....	118	FLINTSTONES GUMMIES	
ERRIN.....	64	FANAPT TITRATION PACK.....	118	COMPLETE.....	144
<i>ertapenem sodium</i>	42	FARXIGA.....	59	FLINTSTONES GUMMIES PLUS..	144
<i>ery</i>	166	FASENRA.....	100	FLINTSTONES PLUS CALCIUM...	144
ERY-TAB.....	46	FASENRA PEN.....	100	FLINTSTONES SOUR GUMMIES.	144
ERYTHROCIN LACTOBIONATE....	47	<i>felbamate</i>	112	FLINTSTONES W/IRON.....	144
ERYTHROCIN STEARATE.....	47	<i>felodipine er</i>	52	FLINTSTONES/MY FIRST.....	144
<i>erythromycin</i>	47, 91, 166	FEMYNOR.....	64	FLORIVA PLUS.....	144
<i>erythromycin base</i>	47	<i>fenofibrate</i>	50	FLOVENT DISKUS.....	101
<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	47	<i>fenofibrate micronized</i>	50	FLOVENT HFA.....	101
<i>erythromycin lactobionate</i>	47	<i>fentanyl</i>	32	<i>fluconazole</i>	41
<i>escitalopram oxalate</i>	116	<i>fentanyl citrate</i>	32	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	41
<i>esomeprazole magnesium</i>	78	FERAHEME.....	87	<i>flucytosine</i>	41
ESSENTIA.....	143	FERATE.....	87	<i>fludrocortisone acetate</i>	71
<i>essential balance</i>	143	FERGON.....	87	<i>flunisolide</i>	101
ESTARYLLA.....	64	FERIVA 21/7.....	87	<i>fluocinolone acetonide</i>	95, 169
ESTER-C.....	143	FERIVAF A.....	87	<i>fluocinolone acetonide body</i>	169
<i>estradiol</i>	70	<i>ferocon</i>	87	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	169
<i>estradiol valerate</i>	70	FEROSUL.....	87	<i>fluocinonide</i>	169
<i>estradiol-norethindrone acet</i>	70	FERRALET 90.....	87	<i>fluocinonide emulsified base</i>	169
ESTROVEN MENOPAUSE		<i>ferretts</i>	87	<i>fluorometholone</i>	91
SUPPLEMENT.....	144	FERREX 150.....	87	<i>fluorouracil</i>	22, 171
<i>eszopiclone</i>	121	<i>ferric x-150</i>	87	<i>fluoxetine hcl</i>	116
<i>ethambutol hcl</i>	39	FERRLECIT.....	87	<i>fluphenazine decanoate</i>	118
<i>ethosuximide</i>	112	<i>ferrous fumarate</i>	87	<i>fluphenazine hcl</i>	118
<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	64	<i>ferrous gluconate</i>	87	<i>flurbiprofen</i>	30
<i>etodolac</i>	30	<i>ferrous sulfate</i>	87	<i>flurbiprofen sodium</i>	91
<i>etodolac er</i>	30	<i>fesoterodine fumarate er</i>	84	<i>fluticasone propionate</i>	101, 169
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	64	FETZIMA.....	116	<i>fluvoxamine maleate</i>	110
<i>etoposide</i>	24	FETZIMA TITRATION.....	116	<i>folate</i>	144
<i>etravirine</i>	38	FEVERALL ADULTS.....	34	<i>folbee</i>	144
EUCERIN ADVANCED REPAIR		FEVERALL CHILDRENS.....	34	<i>folbee plus</i>	144
HAND.....	171	FEVERALL INFANTS.....	34	FOLBIC.....	144
EUCERIN CALMING DAILY		FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	34	<i>folic acid</i>	144
MOIST.....	171	<i>fexofenadine hcl</i>	97	FOLIFLEX.....	144
EUCERIN PLUS.....	171	FIASP.....	61	<i>folika-mg</i>	144
EUCERIN SKIN CALMING.....	171	FIASP FLEXTOUCH.....	61	FOLITAB 500.....	87
EULEXIN.....	21	FIASP PENFILL.....	61	<i>folite</i>	144
EUTHYROX.....	57	<i>fiber</i>	79	FOLITIN-Z.....	144
EVAC-U-GEN.....	79	<i>fiber laxative</i>	79	FOLIVANE-F.....	87
<i>everolimus</i>	16, 27	<i>fiber laxative + calcium</i>	79	FOLIVANE-PLUS.....	87
EVOTAZ.....	40	<i>fiber-lax</i>	79	FOLIXAPURE.....	144
EXEL COMFORT POINT PEN		<i>finasteride</i>	85	<i>folplex 2.2</i>	144
NEEDLE.....	61	<i>ingolimod hcl</i>	122	FOLTABS 800.....	145
<i>exemestane</i>	21	FINTEPLA.....	112	FOLTANX.....	145
EXKIVITY.....	16	FINZALA.....	64	FOLTRATE.....	145
<i>eye health + lutein</i>	144	<i>first aid antibiotic</i>	167	FOLTREXYL.....	145
<i>eye multivitamin/lutein</i>	144	<i>first aid antiseptic</i>	171	<i>fondaparinux sodium</i>	85
<i>eye multivitamin/sodium</i>	144	FLAC.....	95	FORTAVIT.....	145
<i>eyeprotect</i>	144	FLAREX.....	91	FORTEO.....	71
EYSUVIS.....	91	FLEBOGAMMA DIF.....	26	<i>fosamprenavir calcium</i>	38
<i>ezetimibe</i>	50	<i>flecainide acetate</i>	49	FOSFREE.....	145
<i>ezetimibe-simvastatin</i>	50	FLEET ENEMA.....	79	<i>fosinopril sodium</i>	55
<i>fabb</i>	144	FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA.....	144	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	53
FABRAZYME.....	68	FLINTSTONES COMPLETE.....	144	FOTIVDA.....	16
FALMINA.....	64	FLINTSTONES GUMMIES.....	144	<i>freedavite</i>	145
<i>famciclovir</i>	44	FLINTSTONES GUMMIES BONE		<i>fruit c 500</i>	145
<i>famotidine</i>	72	BUILD.....	144	<i>fruity c</i>	145
<i>famotidine (pf)</i>	72			<i>fruity chews</i>	145
<i>famotidine premixed</i>	72			<i>full spectrum b/vitamin c</i>	145

<i>fulvestrant</i>	21	<i>geri-pectate</i>	74	<i>gnp century mature</i>	145
FUNGOID TINCTURE.....	165	<i>gerivite complete</i>	145	<i>gnp century ultimate mens</i>	145
<i>furosemide</i>	54	GILOTRIF.....	16	<i>gnp century ultimate womens</i>	145
FUSION.....	87	<i>glatiramer acetate</i>	122	<i>gnp childrens allergy</i>	97
FUSION PLUS.....	87	GLATOPA.....	122	<i>gnp childrens complete</i>	145
FUZEON.....	38	GLEOSTINE.....	15	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	30
FYAVOLV.....	70	<i>glimepiride</i>	59	GNP CLEARLAX.....	80
FYCOMPA.....	112	<i>glipizide</i>	59	<i>gnp clotrimazole 3</i>	83
<i>gabapentin</i>	112	<i>glipizide er</i>	59	<i>gnp co q10</i>	126
<i>galantamine hydrobromide</i>	115	<i>glipizide xl</i>	59	<i>gnp cough dm er</i>	103
<i>galantamine hydrobromide er</i>	115	<i>glipizide-metformin hcl</i>	59	<i>gnp cough gels</i>	103
GAMASTAN.....	26	<i>global alcohol prep ease</i>	61	<i>gnp d 1000</i>	145
GAMMAGARD.....	26	GLUCO BURST.....	58	<i>gnp diabetic support formula</i>	145
GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	26	<i>glucoten</i>	145	<i>gnp ear drops</i>	173
GAMMAKED.....	26	GLUTOSE 5.....	58	<i>gnp earwax removal drops</i>	173
GAMMAPLEX.....	26	<i>glycerin (adult)</i>	79	<i>gnp earwax removal kit</i>	173
GAMUNEX-C.....	26	<i>glycerin (infants & children)</i>	79	<i>gnp electrolyte solution</i>	128
<i>ganciclovir sodium</i>	44	<i>glycerin adult</i>	79	<i>gnp epsom salt</i>	80
GARDASIL 9.....	28	<i>glycerin childrens</i>	79	<i>gnp essential one daily</i>	145
<i>gas relief</i>	76	GLYCOLAX.....	80	<i>gnp fiber-caps</i>	80
<i>gas relief drops infants</i>	76	<i>glycopyrrolate</i>	76	<i>gnp folic acid</i>	145
<i>gas relief extra strength</i>	76	GLYDO.....	167	<i>gnp gas relief</i>	76
<i>gas relief infants</i>	76	GLYXAMBI.....	59	<i>gnp gas relief extra strength</i>	76
<i>gas relief ultra strength</i>	76	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	34	<i>gnp gentle laxative</i>	80
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	76	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	34	<i>gnp glycerin (adult)</i>	80
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	76	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	34	<i>gnp glycerin child</i>	80
<i>gatifloxacin</i>	91	<i>gnp acetaminophen</i>	35	<i>gnp hair/skin/nails</i>	145
GATTEX.....	76	<i>gnp acetaminophen ex st</i>	34	<i>gnp healthy eyes</i>	145
<i>gavilax</i>	79	<i>gnp all day allergy</i>	97	<i>gnp healthy eyes supervision</i>	145
GAVILYTE-C.....	79	<i>gnp all day allergy childrens</i>	97	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	30
GAVILYTE-G.....	79	<i>gnp all day allergy-d</i>	103	<i>gnp ibuprofen infants</i>	30
GAVRETO.....	16	<i>gnp allergy</i>	97	<i>gnp infant gas relief</i>	76
<i>gefitinib</i>	16	<i>gnp allergy & congestion</i>	103	<i>gnp infants pain/fever</i>	35
<i>gemcitabine hcl</i>	22	<i>gnp allergy childrens</i>	97	<i>gnp iron</i>	87
<i>gemfibrozil</i>	50	<i>gnp allergy relief</i>	97	<i>gnp k-pec</i>	74
GEMTESA.....	84	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	97	<i>gnp laxative</i>	80
<i>genadek step 1</i>	145	<i>gnp allergy relief max st</i>	97	<i>gnp lice treatment</i>	169
<i>genadek step 2</i>	145	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	103	<i>gnp lidocaine pain relief</i>	171
<i>generlac</i>	79	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	73	<i>gnp little ones childrens</i>	145
GENGRAF.....	27	<i>gnp antacid regular strength</i>	73	<i>gnp loratadine</i>	97
GENOTROPIN.....	68	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	42	<i>gnp loratadine childrens</i>	97
GENOTROPIN MINIQUICK.....	68	<i>gnp anti-diarrheal</i>	74	<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	92
GENTAK.....	91	<i>gnp anti-gas</i>	76	<i>gnp mega multi for men</i>	145
<i>gentamicin in saline</i>	42	<i>gnp anti-itch</i>	171	<i>gnp mega multi for women</i>	145
<i>gentamicin sulfate</i>	42, 91, 167	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	171	<i>gnp melatonin</i>	126
GENTEAL SEVERE.....	92	<i>gnp arthritis pain relief</i>	35	<i>gnp melatonin maximum strength</i>	126
GENTEAL TEARS.....	92	<i>gnp artificial tears</i>	92	<i>gnp miconazole 3</i>	83
GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	92	<i>gnp aspirin</i>	35	<i>gnp miconazole 7</i>	83
GENTEAL TEARS PF.....	92	<i>gnp aspirin low dose</i>	35	<i>gnp miconazorb af</i>	165
GENTEAL TEARS SEVERE.....		<i>gnp athletes foot</i>	165	<i>gnp milk of magnesia</i>	80
DAY/NIGHT.....	92	<i>gnp bacitracin zinc</i>	167	<i>gnp mucus er</i>	103
<i>gentle laxative</i>	79	<i>gnp biotin</i>	145	<i>gnp mucus relief</i>	103
<i>gentlelax</i>	79	<i>gnp calamine</i>	171	<i>gnp nasal decongestant</i>	103
GENVOYA.....	40	<i>gnp calcium</i>	131	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	104
GERBER GROW MIGHTY.....	145	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	131	<i>gnp nasal four spray</i>	104
<i>geri-dryl</i>	97	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	131	<i>gnp nasal spray</i>	104
<i>geri-kot</i>	79	<i>gnp capsaicin</i>	171	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	104
<i>geri-lanta</i>	73	<i>gnp century</i>	145	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	104
<i>geri-lanta maximum strength</i>	73	<i>gnp century adults 50+ senior</i>	145	<i>gnp natural fiber</i>	80
<i>geri-mox</i>	73	<i>gnp century cardio health</i>	145	<i>gnp nicotine</i>	123

<i>gnp nicotine mini</i>	123	<i>goodsense allergy relief</i>	97	<i>healthy eyes</i>	147
<i>gnp nicotine polacrilex</i>	123	<i>goodsense antacid & gas relief</i>	73	<i>healthy eyes supervision 2</i>	147
<i>gnp no drip nasal spray</i>	104	<i>goodsense arthritis pain</i>	35	<i>healthy eyes/lutein</i>	147
<i>gnp nose drops extra strength</i>	104	<i>goodsense artificial tears</i>	92	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	147
<i>gnp one daily maximum</i>	145	<i>goodsense aspirin</i>	35	<i>healthy hair/skin/nails</i>	147
<i>gnp one daily mens health 50+</i>	145	<i>goodsense aspirin adults</i>	35	<i>healthy kids gummies</i>	147
<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	146	<i>goodsense aspirin low dose</i>	35	HEALTHY MAMA SHAKE THAT	
<i>gnp one daily plus iron</i>	146	<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	80	ACHE.....	35
<i>gnp one daily womens</i>	146	GOODSENSE CLEARLAX.....	80	HEALTHYLAX.....	80
<i>gnp one daily womens 50+</i>	146	<i>goodsense cough dm</i>	104	HEATHER.....	64
<i>gnp pain & fever childrens</i>	35	<i>goodsense cough dm childrens</i>	104	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	129
<i>gnp pain & fever infants</i>	35	<i>goodsense epsom salt</i>	80	<i>hematinic/folic acid</i>	87
<i>gnp pain relief</i>	35	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	30	HEMATOGEN.....	88
<i>gnp pain relief extra strength</i>	35	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	30	HEMATOGEN FA.....	87
<i>gnp pain relief nighttime</i>	123	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	92	HEMATOGEN FORTE.....	88
<i>gnp pediatric electrolyte</i>	128	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	104	HEMOCYTE PLUS.....	88
<i>gnp petroleum jelly</i>	56	<i>goodsense nicotine</i>	123	HEMOCYTE-F.....	88
<i>gnp pink bismuth</i>	74	<i>goodsense pain & fever child</i>	35	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	85
<i>gnp prenatal</i>	146	<i>goodsense pain & fever infants</i>	35	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	85
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	104	<i>goodsense pain relief</i>	35	<i>heparin sodium (porcine)</i>	85
<i>gnp senna lax</i>	80	<i>goodsense pain relief extra st</i>	35	HEPLISAV-B.....	28
<i>gnp senna plus</i>	80	<i>goodsense senna laxative</i>	80	HERCEPTIN.....	16
<i>gnp stomach relief</i>	74	<i>goodsense stimulant laxative</i>	80	HERCEPTIN HYLECTA.....	16
<i>gnp stool softener</i>	80	<i>goodsense stomach relief</i>	74	HERZUMA.....	16
<i>gnp stool softener ex st</i>	80	<i>goodsense tussin cf</i>	104	HIBERIX.....	28
<i>gnp stool softener/laxative</i>	80	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	92	<i>high pot multivitamin/beta-car</i>	147
<i>gnp suphedrin</i>	104	<i>granisetron hcl</i>	75	<i>high potency multivit/fa</i>	147
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	165	<i>grape flavor</i>	56	<i>high potency multivitamin</i>	147
<i>gnp therapeutic-m</i>	146	<i>griseofulvin microsize</i>	41	HISTEX-AC.....	104
<i>gnp tolnaftate</i>	165	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	41	<i>hm acetaminophen childrens</i>	35
<i>gnp triple antibiotic</i>	167	<i>guaiaatusin ac</i>	104	<i>hm adult aspirin</i>	35
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	167	<i>guaifenesin</i>	104	<i>hm advanced antacid max st</i>	73
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	104	<i>guaifenesin ac</i>	104	<i>hm all day allergy</i>	97
<i>gnp tussin cough long acting</i>	104	<i>guaifenesin-codeine</i>	104	<i>hm all day allergy childrens</i>	97
<i>gnp tussin dm</i>	104	<i>guaifenesin-dm</i>	104	<i>hm allergy & congestion</i>	104
<i>gnp tussin dm cough</i>	104	<i>guanfacine hcl</i>	54	<i>hm allergy complete-d</i>	104
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	104	<i>guanfacine hcl er</i>	125	<i>hm allergy relief</i>	97
<i>gnp vitamin a</i>	146	GUMMI BEAR		<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	97
<i>gnp vitamin b-1</i>	146	MULTIVITAMIN/MIN.....	146	<i>hm allergy relief childrens</i>	97
<i>gnp vitamin b-12</i>	146	GVOKE HYPOPEN 2-PACK.....	58	<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	104
<i>gnp vitamin b-6</i>	146	GVOKE KIT.....	58	<i>hm animal shapes</i>	147
<i>gnp vitamin c</i>	146	GVOKE PFS.....	58	<i>hm antacid</i>	73
<i>gnp vitamin c drops</i>	146	H2Q.....	126	<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	73
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	146	HAEGARDA.....	86	<i>hm anti-diarrheal</i>	74
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	146	HAILEY 1.5/30.....	64	<i>hm antioxidant vitamins</i>	147
<i>gnp vitamin d</i>	146	HAILEY 24 FE.....	64	<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	172
<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	146	<i>hair formula extra strength</i>	146	<i>hm arthritis pain relief</i>	35
<i>gnp vitamin d super strength</i>	146	<i>hair skin & nails advanced</i>	146	<i>hm aspirin</i>	35
<i>gnp vitamin d3</i>	146	<i>hair skin nails</i>	146	<i>hm aspirin ec</i>	35
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	146	<i>hair/skin/nails</i>	146	<i>hm aspirin ec low dose</i>	35
<i>gnp vitamin d-400</i>	146	<i>hair/skin/nails/biotin</i>	146	<i>hm bacitracin zinc</i>	167
<i>gnp vitamin e</i>	146	HALLS DEFENSE VITAMIN C		<i>hm biotin</i>	147
<i>gnp womens gentle laxative</i>	80	DROPS.....	146	<i>hm calamine</i>	172
<i>gnp zinc oxide</i>	171	<i>halobetasol propionate</i>	169	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	131
GOLD BOND ULTIMATE		HALOETTE.....	64	<i>hm calcium citrate+vitamin d</i>	131
HEALING.....	172	<i>haloperidol</i>	118	<i>hm calcium-vitamin d</i>	132
GOLYTELY.....	80	<i>haloperidol decanoate</i>	118	<i>hm cetirizine hcl</i>	97
GONAK.....	92	<i>haloperidol lactate</i>	118	HM CLEARLAX.....	80
<i>goodsense all day allergy</i>	97	HARVONI.....	44	<i>hm complete</i>	147
<i>goodsense aller-ease</i>	97	HAVRIX.....	28	<i>hm complete 50+</i>	147

<i>hm complete 50+ mens ultimate</i>	147	<i>hm tussin adult dm</i>	105	<i>icatibant acetate</i>	86
<i>hm complete 50+ women ultimate</i> .	147	<i>hm tussin adult multi-symptom</i>	105	ICLEVIA	64
<i>hm complete men</i>	147	<i>hm vitamin b-12</i>	147	ICLUSIG	17
<i>hm complete women</i>	147	<i>hm vitamin b6</i>	147	IDHIFA	17
<i>hm coq10</i>	126	<i>hm vitamin c</i>	147	IFEREX 150	88
<i>hm cough dm</i>	104	<i>hm vitamin c/rose hips</i>	147	ILEVRO	91
<i>hm dry eye relief</i>	92	<i>hm vitamin d</i>	147	<i>imatinib mesylate</i>	17
<i>hm enema</i>	80	<i>hm vitamin d3</i>	147	IMBRUVICA	17
<i>hm fexofenadine hcl</i>	97	<i>hm vitamin e</i>	147	<i>imipenem-cilastatin</i>	42
<i>hm folic acid</i>	147	<i>hm womens 50+ advanced daily</i> ...	147	<i>imipramine hcl</i>	116
<i>hm gas relief</i>	76	HUMIRA	25	<i>imiquimod</i>	172
<i>hm gas relief extra strength</i>	76	HUMIRA PEDIATRIC CROHNS		<i>immune support</i>	148
<i>hm gas relief infants drops</i>	76	START	24	IMMUNERX	148
<i>hm gentle laxative</i>	80	HUMIRA PEN	24	IMOVAX RABIES	28
<i>hm hair/skin/nails</i>	147	HUMIRA PEN-CD/UC/HS		INBRIJA	109
<i>hm ibuprofen childrens</i>	30	STARTER	24	INCASSIA	64
<i>hm ibuprofen infants</i>	30	HUMIRA PEN-PEDIATRIC UC		INCRELEX	69
<i>hm laxative</i>	80	START	24	INCRUSE ELLIPTA	95
<i>hm lice killing max st</i>	170	HUMIRA PEN-PS/UV/ADOL HS		<i>indapamide</i>	54
<i>hm lice treatment</i>	170	START	25	INFANRIX	28
<i>hm lidocaine patch</i>	172	HUMIRA PEN-PSOR/UEIT		INFANTS ADVIL	31
<i>hm loratadine</i>	98	STARTER	25	<i>infants gas relief</i>	76
<i>hm loratadine childrens</i>	98	HUMULIN R U-500		<i>infants ibuprofen</i>	31
<i>hm lubricating plus</i>	93	(CONCENTRATED)	61	<i>infants simethicone</i>	76
<i>hm lubricating tears</i>	93	HUMULIN R U-500 KWIKPEN	61	INFED	88
<i>hm mens 50+ advanced one daily</i> .	147	HYCODAN	105	<i>infliximab</i>	25
<i>hm milk of magnesia</i>	80	<i>hydralazine hcl</i>	54	INFUVITE ADULT	148
<i>hm mucus relief</i>	105	HYDRALYTE	129	INFUVITE PEDIATRIC	148
<i>hm mucus relief max st</i>	104	HYDRASYN25	172	INGREZZA	120
<i>hm nasal decongestant</i>	105	<i>hydrochlorothiazide</i>	54	INJECTAFER	88
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	105	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	105	INLYTA	17
<i>hm nasal decongestant pe</i>	105	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	32, 33	INQOVI	22
<i>hm nasal spray</i>	105	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	105	INREBIC	17
<i>hm niacin</i>	147	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	32	INTEGRA	88
<i>hm niacin tr</i>	147	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	32	INTEGRA F	88
<i>hm nicotine</i>	123	<i>hydrocortisone</i>	71, 78, 169	INTEGRA PLUS	88
<i>hm nicotine polacrilex</i>	123	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	172	INTELENCE	38
<i>hm nose drops</i>	105	<i>hydromet</i>	105	INTRALIPID	134
<i>hm one daily mens</i>	147	<i>hydromorphone hcl</i>	32	INTRON A	26
<i>hm one daily womens</i>	147	<i>hydrous emulsified base</i>	56	INTROVALE	64
<i>hm pain & fever childrens</i>	35	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	147	INVEGA HAFYERA	118
<i>hm pain & fever infants</i>	35	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	27	INVEGA SUSTENNA	118
<i>hm pain relief</i>	36	<i>hydroxyurea</i>	23	INVEGA TRINZA	118
<i>hm pain relief extra strength</i>	36	<i>hydroxyzine hcl</i>	98	IPOL	28
<i>hm pain relieve child dye-free</i>	36	<i>hydroxyzine pamoate</i>	98	<i>ipratropium bromide</i>	95
<i>hm pain reliever</i>	36	<i>hylazinc</i>	147	<i>ipratropium-albuterol</i>	99
<i>hm pain reliever childrens</i>	36	HYSINGLA ER	33	<i>irbesartan</i>	49
<i>hm pain reliever infants</i>	36	<i>ibandronate sodium</i>	71	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	53
<i>hm pediatric electrolyte</i>	129	IBRANCE	16	IRESSA	17
<i>hm petroleum jelly</i>	56	IBU	31	<i>irinotecan hcl</i>	23
<i>hm povidone-iodine</i>	172	<i>ibuprofen</i>	31	<i>iron</i>	88
<i>hm senna</i>	80	<i>ibuprofen childrens</i>	31	<i>iron 27</i>	88
<i>hm sinus nasal spray</i>	105	<i>ibuprofen infants</i>	31	<i>iron chews pediatric</i>	88
<i>hm stomach relief</i>	74	<i>ibuprofen junior strength</i>	31	<i>iron high-potency</i>	88
<i>hm stool softener</i>	81	ICAPS	148	<i>iron supplement</i>	88
<i>hm stool softener/laxative</i>	81	ICAPS AREDS FORMULA	148	IS-D 10,000	148
<i>hm super vitamin b complex/c</i>	147	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3	148	ISENTRESS	38
<i>hm triple antibiotic</i>	167	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ...	148	ISENTRESS HD	38
<i>hm triple antibiotic max st</i>	167	ICAPS MV	148	ISIBLOOM	64
<i>hm tussin adult</i>	105	ICAR	88	ISOLYTE-P IN D5W	126

ISOLYTE-S.....	127	KISQALI (600 MG DOSE).....	17	<i>lapatinib ditosylate</i>	17
ISOLYTE-S PH 7.4.....	127	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	23	LARIN 1.5/30.....	64
<i>isoniazid</i>	39	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	23	LARIN 1/20.....	64
ISOPTO ATROPINE.....	93	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	23	LARIN 24 FE.....	64
ISOPTO TEARS.....	93	KLOR-CON.....	128	LARIN FE 1.5/30.....	65
<i>isosorbide dinitrate</i>	55	KLOR-CON 10.....	128	LARIN FE 1/20.....	65
<i>isosorbide mononitrate</i>	55	KLOR-CON M10.....	128	<i>latanoprost</i>	90
<i>isosorbide mononitrate er</i>	55	KLOR-CON M15.....	128	LATUDA.....	118
<i>isotretinoin</i>	167	KLOR-CON M20.....	128	<i>laxacin</i>	81
<i>isradipine</i>	52	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	105	<i>laxative</i>	81
<i>itch relief extra strength</i>	172	KLS ALLER-TEC D.....	105	<i>laxative max str</i>	81
<i>itraconazole</i>	41	<i>kobee</i>	148	LAYOLIS FE.....	65
<i>ivermectin</i>	42	<i>konsyl daily fiber</i>	81	<i>leader finger cream</i>	172
<i>i-vite</i>	148	KORLYM.....	69	LEENA.....	65
<i>i-vite protect</i>	148	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	148	<i>leflunomide</i>	27
IXIARO.....	28	<i>kp adults daily formula</i>	148	<i>lenalidomide</i>	23
JAKAFI.....	17	<i>kp b complex-c</i>	148	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	18
JANTOVEN.....	85	<i>kp bisacodyl</i>	81	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET.....	59	<i>kp calcium 600+d</i>	132	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18
JANUMET XR.....	59	<i>kp calcium citrate+d</i>	132	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18
JANUVIA.....	59	<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	132	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18
JARDIANCE.....	59	<i>kp ferrous gluconate</i>	88	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18
JASMIEL.....	64	<i>kp ferrous sulfate</i>	88	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18
JAVYGTOR.....	69	<i>kp folic acid</i>	148	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18
JAYPIRCA.....	17	<i>kp melatonin</i>	126	LESSINA.....	65
JENTADUETO.....	59	<i>kp mens 50+ daily formula</i>	148	<i>letrozole</i>	21
JENTADUETO XR.....	60	<i>kp mens daily formula</i>	148	<i>leucovorin calcium</i>	22
JINTELI.....	70	<i>kp niacin</i>	148	LEUKERAN.....	15
JOLESSA.....	64	<i>kp prenatal multivitamins</i>	148	<i>leuprolide acetate</i>	21
JULEBER.....	64	<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	105	<i>levalbuterol hcl</i>	95
JULUCA.....	40	<i>kp senna</i>	81	<i>levalbuterol tartrate</i>	95
JUNEL 1.5/30.....	64	KP VISION FORMULA.....	148	LEVEMIR.....	61
JUNEL 1/20.....	64	KP VISION FORMULA/LUTEIN....	148	LEVEMIR FLEXPEN.....	61
JUNEL FE 1.5/30.....	64	<i>kp vitamin b-12</i>	148	LEVEMIR FLEXTOUCH.....	61
JUNEL FE 1/20.....	64	<i>kp vitamin b-6</i>	148	<i>levetiracetam</i>	112
JUNEL FE 24.....	64	<i>kp vitamin d</i>	148	<i>levetiracetam er</i>	112
<i>just 4 kidz multivit/probiotic</i>	148	<i>kp vitamin d3</i>	148	<i>levetiracetam in nacl</i>	112
JUST D.....	148	<i>kp womens 50+ daily formula</i>	148	<i>levobunolol hcl</i>	90
KADCYLA.....	17	<i>kp womens daily formula</i>	148	<i>levocarnitine</i>	69
KAITLIB FE.....	64	K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST.....	148	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	98
KALYDECO.....	100	KRAZATI.....	17	<i>levofloxacin</i>	47
KANJINTI.....	17	KURVELO.....	64	<i>levofloxacin in d5w</i>	47
KARIVA.....	64	<i>labetalol hcl</i>	51	LEVONEST.....	65
<i>kcl in dextrose-nacl</i>	127	<i>lacosamide</i>	112	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	65
KELNOR 1/35.....	64	<i>lactated ringers</i>	127	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	65
KELNOR 1/50.....	64	LACTINOL HX.....	172	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	65
KERADAN.....	172	<i>lactulose</i>	81	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	65
KERENDIA.....	49	<i>lactulose encephalopathy</i>	81	LEVORA 0.15/30 (28).....	65
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	172	LAMISIL AT.....	165	LEVO-T.....	57
KESIMPTA.....	122	<i>lamivudine</i>	38, 44	<i>levothyroxine sodium</i>	57
<i>ketoconazole</i>	41, 165, 168	<i>lamivudine-zidovudine</i>	40	LEVOXYL.....	57
KETO-DIASTIX.....	69	<i>lamotrigine</i>	112	LEXIVA.....	38
<i>ketorolac tromethamine</i>	91	<i>lamotrigine er</i>	112	<i>lice killing</i>	170
KEVZARA.....	25	<i>lansoprazole</i>	78	<i>lice killing maximum strength</i>	170
KEYTRUDA.....	17	LANTUS.....	61	<i>lice treatment creme rinse</i>	170
KINDERLYTE.....	129	LANTUS SOLOSTAR.....	61	<i>lidocaine</i>	167
KINDERLYTE PREMAX.....	129			<i>lidocaine hcl</i>	38, 167
KINRIX.....	28			<i>lidocaine hcl (pf)</i>	38
KISQALI (200 MG DOSE).....	17			<i>lidocaine pain relief</i>	172
KISQALI (400 MG DOSE).....	17			<i>lidocaine pain relieving</i>	172

<i>lidocaine viscous hcl</i>	164	LYLLANA.....	70	<i>meloxicam</i>	31
<i>lidocaine-prilocaine</i>	167	LYNPARZA.....	18	<i>memantine hcl</i>	115
LILLOW.....	65	LYSIPLEX PLUS.....	149	<i>memantine hcl er</i>	115
<i>linezolid</i>	42	LYSODREN.....	21	MENACTRA.....	28
<i>linezolid in sodium chloride</i>	42	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	18	MENQUADFI.....	28
LINZESS.....	77	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	18	<i>mens 50+ advanced</i>	149
<i>liothyronine sodium</i>	57	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	18	<i>mens daily formula/lycopene</i>	149
<i>liquid acetaminophen</i>	36	LYZA.....	65	<i>mens multi vitamin & mineral</i>	149
<i>liquid allergy relief</i>	98	MACULAR HEALTH FORMULA.....	149	<i>mens multivitamin</i>	149
<i>liquid pain relief</i>	36	MACUVITE.....	149	MENVEO.....	28, 29
<i>lisinopril</i>	55	MACUVITE EYE CARE.....	149	MEPHYTON.....	149
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	53	MACUVITE/LUTEIN.....	149	<i>mercaptapurine</i>	22
<i>lithium carbonate</i>	120	MAG64.....	132	MERIBIN.....	149
<i>lithium carbonate er</i>	120	<i>mag-al plus</i>	73	<i>meropenem</i>	42
<i>l-methylfolate calcium</i>	148	<i>mag-al plus xs</i>	73	<i>mesalamine</i>	78
<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	148	MAGDELAY.....	132	<i>mesalamine er</i>	78
<i>l-methyl-mc</i>	148	<i>magdelay</i>	132	<i>mesalamine-cleanser</i>	78
<i>l-methyl-mc nac</i>	148	<i>mag-g</i>	132	MESNEX.....	22
LOESTRIN 1.5/30 (21).....	65	MAGNEBIND 300.....	132	METADATE ER.....	125
LOESTRIN 1/20 (21).....	65	MAGNEBIND 400.....	132	METAFOLBIC.....	149
LOESTRIN FE 1.5/30.....	65	<i>magnesium gluconate</i>	132	METAFOLBIC PLUS.....	149
LOESTRIN FE 1/20.....	65	<i>magnesium oxide</i>	73, 132	<i>metformin hcl</i>	60
<i>lohist-dm</i>	105	<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	132	<i>metformin hcl er</i>	60
LOKELMA.....	58	<i>magnesium sulfate</i>	127	<i>methadone hcl</i>	33
LOMAIRA.....	123	<i>magnesium sulfate in d5w</i>	127	METHADONE HCL INTENSOL.....	33
LONSURF.....	22	MAGNESIUM-OXIDE.....	132	<i>methazolamide</i>	54
<i>loperamide hcl</i>	74, 77	MAGOX 400.....	132	<i>methenamine hippurate</i>	42
<i>lopinavir-ritonavir</i>	40	<i>malathion</i>	170	<i>methimazole</i>	57
<i>loradamed</i>	98	<i>manganese chloride</i>	132	<i>methocarbamol</i>	110
<i>loratadine</i>	98	<i>mapap</i>	36	<i>methotrexate sodium</i>	22, 27
<i>loratadine childrens</i>	98	<i>mapap arthritis pain</i>	36	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	22
<i>loratadine-d 12hr</i>	105	MAPAP CHILDRENS.....	36	<i>methsuximide</i>	113
<i>loratadine-d 24hr</i>	105	<i>maraviroc</i>	38	<i>methylphenidate hcl</i>	125
<i>lorazepam</i>	110	MAR-COF CG EXPECTORANT.....	105	<i>methylphenidate hcl er</i>	125
LORAZEPAM INTENSOL.....	110	<i>marlissa</i>	65	<i>methylprednisolone</i>	71
LORBRENA.....	18	MARPLAN.....	116	<i>methylprednisolone acetate</i>	71
LORYNA.....	65	MATULANE.....	23	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	71
<i>losartan potassium</i>	49	MAVYRET.....	44	<i>metoclopramide hcl</i>	75
<i>losartan potassium-hctz</i>	53	MAXIMUM D3.....	149	<i>metolazone</i>	54
LOTEMAX.....	92	<i>maximum daily green</i>	149	<i>metoprolol succinate er</i>	51
<i>lovastatin</i>	50	<i>maxi-tuss ac</i>	105	<i>metoprolol tartrate</i>	51
LOW-OGESTREL.....	65	<i>maxi-tuss cd</i>	105	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51
<i>loxapine succinate</i>	118	<i>maxi-tuss g</i>	105	<i>metronidazole</i>	42, 83, 172
<i>lubricant eye drops</i>	93	<i>maxi-tuss gmx</i>	105	<i>metyrosine</i>	54
<i>lubricant eye drops (pf)</i>	93	<i>m-clear wc</i>	105	<i>mgo</i>	132
<i>lubricant eye drops pf</i>	93	<i>m-dryl</i>	98	MIBELAS 24 FE.....	65
<i>lubricating eye drops</i>	93	<i>meclizine hcl</i>	75	<i>micalfungin sodium</i>	41
<i>lubricating plus eye drops</i>	93	<i>medi-first triple antibiotic</i>	167	<i>miconazole 3 combo pack app</i>	83
<i>lubricating tears eye drops</i>	93	MEDPURA ZINC OXIDE.....	172	<i>miconazole 3 combo-suppl</i>	83
LUMAKRAS.....	18	<i>medroxyprogesterone acetate</i>	65, 71	<i>miconazole 7</i>	83
LUMIGAN.....	90	<i>mefloquine hcl</i>	44	<i>miconazole antifungal</i>	165
LUMIZYME.....	69	MEGA MULTI MEN.....	149	<i>miconazole nitrate</i>	83, 165
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	21	<i>mega vm-80</i>	149	MICOTRIN AC.....	165
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	21	<i>megavite fruits & veggies</i>	149	MICOTRIN AP.....	165
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	69	<i>megavite golden years 55+</i>	149	<i>microderm base</i>	56
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	69	<i>megestrol acetate</i>	21, 71	MICROGESTIN 1.5/30.....	65
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	69	MEKINIST.....	18	MICROGESTIN 1/20.....	65
<i>lurasidone hcl</i>	118	MEKTOVI.....	18	MICROGESTIN 24 FE.....	65
LUTERA.....	65	<i>melatonin</i>	56, 126	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	66
LYLEQ.....	65	<i>melatonin maximum strength</i>	126	MICROGESTIN FE 1/20.....	66

MICROSOME BASE.....	56	MULTI FOR HIM.....	149	MVW COMPLETE FORMULATION	
<i>midodrine hcl</i>	54	<i>multi for him 50+</i>	149	D3000.....	151
<i>miglustat</i>	69	<i>multi vitamin</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION	
MILI.....	66	<i>multi vitamin daily</i>	149	D5000.....	151
<i>milk of magnesia</i>	81	<i>multi vitamin w/d-3</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION	
MILLTRIUM SENIOR.....	149	<i>multi vitamin/minerals</i>	149	MINIS.....	151
MIMVEY.....	70	MULTI-BETIC DIABETES.....	149	<i>myamulti</i>	151
<i>minocycline hcl</i>	49	<i>multi-day</i>	149	<i>mycophenolate mofetil</i>	27
<i>minoxidil</i>	54	<i>multi-day plus iron</i>	150	<i>mycophenolate sodium</i>	27
MINTOX.....	73	<i>multi-day plus minerals</i>	150	MYCOZYL AC.....	165
<i>mintox maximum strength</i>	73	MULTIGEN.....	88	MYCOZYL AP.....	165
MINTOX PLUS.....	73	MULTIGEN PLUS.....	88	<i>myferon 150</i>	88
MIRALAX.....	81	<i>multilex</i>	150	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	73
<i>mirtazapine</i>	116	<i>multilex-t</i>	150	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	77
<i>misoprostol</i>	77	<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	127	<i>mynephrocaps</i>	151
MITIGARE.....	37	<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	127	MYNEPHRON.....	151
M-M-R II.....	29	<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	150	MYRBETRIQ.....	84
<i>m-natal plus</i>	128	<i>multiple vitamin</i>	150	<i>my-vitalife</i>	151
<i>moexipril hcl</i>	55	<i>multiple vitamins</i>	150	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	88
<i>moisturizing cream</i>	172	<i>multiple vitamins/iron</i>	150	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	81
<i>molindone hcl</i>	118	<i>multipro</i>	150	<i>nabumetone</i>	31
<i>mometasone furoate</i>	169	<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	150	<i>nadolol</i>	51
MONISTAT 3 COMBINATION		<i>multivitamin</i>	150	<i>nafcillin sodium</i>	48
PACK.....	83	<i>multi-vitamin</i>	150	NAGLAZYME.....	69
MONISTAT 3 COMBO PACK APP.....	84	<i>multivitamin & mineral</i>	150	<i>nalbuphine hcl</i>	32
MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	84	<i>multivitamin adult</i>	150	<i>naloxone hcl</i>	123
MONJUVI.....	18	<i>multivitamin adult (minerals)</i>	150	<i>naltrexone hcl</i>	123
MONOFERRIC.....	88	<i>multivitamin adult extra c</i>	150	NAMZARIC.....	115
MONO-LINYAH.....	66	<i>multivitamin adults</i>	150	NAPHCN-A.....	89
<i>montelukast sodium</i>	102	<i>multivitamin adults 50+</i>	150	<i>naproxen</i>	31
<i>morphine sulfate</i>	32	<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	150	<i>naproxen sodium</i>	31
<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	32	<i>multi-vitamin daily</i>	150	<i>naratriptan hcl</i>	121
<i>morphine sulfate (pf)</i>	32	<i>multi-vitamin gummies</i>	150	<i>nasal decongestant</i>	106
<i>morphine sulfate er</i>	33	<i>multivitamin gummies adult</i>	150	<i>nasal decongestant max st</i>	106
MOVANTIK.....	77	<i>multivitamin gummies mens</i>	150	<i>nasal decongestant pe</i>	106
<i>moxifloxacin hcl</i>	47, 91	<i>multivitamin gummies womens</i>	150	<i>nasal decongestant pe max st</i>	106
<i>m-pap</i>	36	<i>multivitamin men</i>	150	<i>nasal decongestant spray</i>	106
MTX SUPPORT.....	149	<i>multivitamin men 50+</i>	150	<i>nasal four</i>	106
MUCINEX.....	106	<i>multi-vitamin monocaps</i>	150	<i>nasal relief</i>	106
MUCINEX CHILDRENS STUFFY		<i>multivitamin women</i>	150	<i>nasal spray 12 hour</i>	106
NOSE.....	105	<i>multivitamin women 50+</i>	150	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	106
MUCINEX DM.....	106	<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	150	<i>nasal spray no drip</i>	106
MUCINEX FAST-MAX CHEST		<i>multivitamin/extra vitamin d3</i>	150	NASCOBAL.....	151
CONG MS.....	106	<i>multivitamin/fluoride</i>	150	NATACYN.....	91
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH.....	106	<i>multi-vitamin/iron</i>	150	<i>nateglinide</i>	60
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>multi-vitamin/minerals</i>	151	NATPARA.....	72
COOL.....	106	<i>multivitamin/zinc stress</i>	151	<i>natural c/rose hips</i>	151
MUCINEX SINUS-MAX		<i>multivitamin-minerals</i>	151	<i>natural fiber laxative</i>	81
SINUS/ALLRGY.....	106	<i>multi-vitamins</i>	151	<i>natural senna laxative</i>	81
<i>mucus & chest congestion</i>	106	<i>multivitamins plus iron child</i>	151	<i>natural vitamin d-3</i>	151
<i>mucus relief</i>	106	<i>multivitamins/minerals adult</i>	151	NAYZILAM.....	113
<i>mucus relief dm</i>	106	<i>multi-vite</i>	151	<i>nebivolol hcl</i>	51
<i>mucus relief er</i>	106	<i>multivit-min gummies childrens</i>	151	NECON 0.5/35 (28).....	66
<i>mucus relief max st</i>	106	<i>mupirocin</i>	167	<i>nefazodone hcl</i>	116
MULTAQ.....	49	MURINE EAR.....	173	<i>neomycin sulfate</i>	42
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	149	MURO 128.....	93	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	91
<i>multi adult gummies</i>	149	MVASI.....	18	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	90
<i>multi complete/iron</i>	149	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	91
<i>multi for her</i>	149		151	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	90, 95
<i>multi for her 50+</i>	149			NEO-POLYCIN.....	91

NEO-POLYCIN HC.....	90	norethindrone acetate.....	71	OCUVITE ADULT 50+.....	152
neovite.....	151	norethindrone acet-ethinyl est.....	66	OCUVITE ADULT FORMULA.....	152
NEPHPLEX RX.....	151	norethindrone-eth estradiol.....	70	OCUVITE EXTRA.....	152
NEPHRON FA.....	88	norethindron-ethinyl estrad-fe.....	66	OCUVITE EYE + MULTI.....	152
NEPHRO-VITE.....	151	norethin-eth estradiol-fe.....	66	OCUVITE EYE HEATLH	
NEPHRO-VITE RX.....	151	norgestimate-eth estradiol.....	66	GUMMIES.....	152
NERLYNX.....	18	norgestim-eth estrad triphasic.....	66	OCUVITE-LUTEIN.....	152
neti pot sinus wash.....	100	NORLYROC.....	66	ODEFSEY.....	40
NEUPRO.....	110	NORPACE CR.....	49	ODOMZO.....	18
NEUTROGENA HAND.....	172	NORTEMP.....	36	OFEV.....	100
nevirapine.....	38	nortemp infants.....	36	ofloxacin.....	91, 95
nevirapine er.....	38	NORTREL 0.5/35 (28).....	66	OGIVRI.....	18
NEXAVAR.....	18	NORTREL 1/35 (21).....	66	olanzapine.....	118, 119
niacin.....	151	NORTREL 1/35 (28).....	66	olmesartan medoxomil.....	49
niacin er.....	151	NORTREL 7/7/7.....	66	olmesartan medoxomil-hctz.....	53
niacin er (antihyperlipidemic).....	50	nortriptyline hcl.....	116	olmesartan-amlodipine-hctz.....	53
niacinamide.....	151	NORVIR.....	38	olopatadine hcl.....	89
nicardipine hcl.....	52	norwegian cod liver oil.....	152	omeprazole.....	78
NICODERM CQ.....	123	NOVAFERRUM.....	88	omnicap.....	152
NICOMIDE.....	151	NOVAFERRUM 50.....	88	OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5).....	62
NICORETTE.....	123, 124	NOVAFERRUM PED MULTI VIT-IRON.....	152	OMNIPOD 5 G6 POD (GEN 5).....	62
NICORETTE MINI.....	123	NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD CLASSIC PDM (GEN 3).....	62
NICORETTE STARTER KIT.....	124	DROPS.....	88	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3).....	62
nicotinamide.....	152	NOVOLIN 70/30.....	61	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4).....	62
nicotine.....	124	NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	61	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4).....	62
nicotine mini.....	124	NOVOLIN N.....	61	OMNIPOD GO.....	62
nicotine polacrilex.....	124	NOVOLIN N FLEXPEN.....	61	once daily.....	152
nicotine polacrilex mini.....	124	NOVOLIN R.....	62	once daily/iron.....	152
nicotine step 1.....	124	NOVOLIN R FLEXPEN.....	62	ONCOVITE.....	152
nicotine step 2.....	124	NOVOLOG.....	62	ondansetron.....	75
nicotine step 3.....	124	NOVOLOG FLEXPEN.....	62	ondansetron hcl.....	75
NICOTROL.....	124	NOVOLOG MIX 70/30.....	62	ONE A DAY MENS VITACRAVES.....	152
NICOTROL NS.....	124	NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN.....	62	one daily adults 50+.....	152
nifedipine er.....	52	NOVOLOG PENFILL.....	62	one daily calcium/iron.....	152
nifedipine er osmotic release.....	52	NOXAFIL.....	41	one daily complete.....	152
NIFEREX.....	88	NUBEQA.....	21	ONE DAILY ESSENTIAL.....	152
NIKKI.....	66	NUEDEXTA.....	120	one daily for men 50+ advanced.....	152
nilutamide.....	21	NUFERA.....	88	one daily for men/lycopen.....	152
nimodipine.....	52	NU-IRON.....	88	one daily for women.....	152
NINJACOF-XG.....	106	NULOJIX.....	27	one daily for women 50+ adv.....	152
NINLARO.....	18	NU-MAG.....	132	one daily healthy weight adv.....	152
nitazoxanide.....	42	NUPLAZID.....	118	one daily maximum.....	152
nitisinone.....	69	NURTEC.....	121	one daily mens 50+ multivit.....	152
NITRO-BID.....	55	NUTRADERM.....	172	one daily mens health.....	152
nitrofurantoin macrocrystal.....	42	NUTRILIPID.....	134	one daily multivitamin adult.....	152
nitrofurantoin monohyd macro.....	43	NUZYRA.....	49	one daily multivitamin/iron.....	152
nitroglycerin.....	55	NYAMYC.....	165	one daily womens 50 plus.....	152
NIVA-FOL.....	152	NYLIA 1/35.....	66	one daily womens 50+.....	153
NIVEA.....	172	NYLIA 7/7/7.....	66	one daily/minerals.....	153
NIVEA SOFT.....	172	NYMALIZE.....	52	ONE-A-DAY ENERGY.....	153
NIX CREME RINSE.....	170	NYMYO.....	66	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	153
nizatidine.....	72	nystatin.....	41, 164, 165	ONE-A-DAY FOR HER	
no drip nasal spray.....	106	NYSTOP.....	165	VITACRAVES.....	153
no iron mult vitamin-minerals.....	152	OCELLA.....	66	ONE-A-DAY FOR HIM	
nohist-dm.....	106	OCTAGAM.....	26	VITACRAVES.....	153
non-aspirin.....	36	octreotide acetate.....	69	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	153
non-aspirin extra strength.....	36	ocular vitamins.....	152	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
NORA-BE.....	66	ocutabs.....	152	FORMULA.....	153
norethin ace-eth estrad-fe.....	66	ocutabs-lutein.....	152	ONE-A-DAY MENS.....	153
norethindrone.....	66				

ONE-A-DAY MENS (MINERALS) ..	153	ORKAMBI	100	PEDIA VANCE	129
ONE-A-DAY MENS 50+		ORSERDU	22	PEDIA-LAX	81
ADVANTAGE	153	OS-CAL	132	PEDIALYTE	129
ONE-A-DAY MENS HEALTH		OS-CAL CALCIUM + D3	132	PEDIALYTE ADVANCED CARE ...	129
FORMULA	153	OS-CAL EXTRA D3	132	PEDIALYTE FREEZER POPS	129
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	153	<i>oseltamivir phosphate</i>	44	PEDIALYTE SINGLES	129
ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	153	OTEZLA	25	PEDIARIX	29
ONE-A-DAY SCOOPY-DOO		<i>oxacillin sodium</i>	48	<i>pediatric electrolyte</i>	129
GUMMIES	153	<i>oxaliplatin</i>	15	<i>pediatric electrolyte-zinc</i>	129
ONE-A-DAY TEEN		<i>oxandrolone</i>	58	PEDVAX HIB	29
ADVANTAGE/HER	153	<i>oxcarbazepine</i>	113	<i>peg 3350</i>	81
ONE-A-DAY TEEN		<i>oxybutynin chloride</i>	84	<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	81
ADVANTAGE/HIM	153	<i>oxybutynin chloride er</i>	84	<i>peg-3350/electrolytes</i>	81
ONE-A-DAY VITACRAVES	153	<i>oxycodone hcl</i>	32	PEGASYS	44
ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT		<i>oxycodone-acetaminophen</i>	32	PEMAZYRE	19
.....	153	OXYCONTIN	33	<i>pemetrexed disodium</i>	23
ONE-A-DAY VITACRAVES		OYSCO 500	132	<i>penicillamine</i>	58
IMMUNITY	153	OYSCO 500+D	132	<i>penicillin g pot in dextrose</i>	48
ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	153	<i>oyster calcium</i>	132	<i>penicillin g potassium</i>	48
ONE-A-DAY		<i>oyster shell calcium</i>	133	<i>penicillin g procaine</i>	48
VITACRAVES+OMEGA-3	153	<i>oyster shell calcium + d</i>	132	<i>penicillin g sodium</i>	48
ONE-A-DAY WEIGHT SMART		<i>oyster shell calcium + d3</i>	132	<i>penicillin v potassium</i>	48
ADVANCE	153	<i>oyster shell calcium 250+d</i>	132	PEN-KERA	172
ONE-A-DAY WOMENS	154	<i>oyster shell calcium 500 + d</i>	132	PENTACEL	29
ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS ..	153	<i>oyster shell calcium 500+d</i>	132	<i>pentamidine isethionate</i>	43
ONE-A-DAY WOMENS 50+		<i>oyster shell calcium plus d</i>	133	<i>pentoxifylline er</i>	86
ADVANTAGE	153	<i>oyster shell calcium w/d</i>	133	PENTRAVAN	172
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY		<i>oyster shell calcium/d</i>	133	PENTRAVAN PLUS	172
SKIN	154	<i>oyster shell calcium/d3</i>	133	PERIDIN-C	154
ONE-A-DAY WOMENS MIND &		<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	133	<i>perindopril erbumine</i>	55
BODY	154	<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	133	PERIOGARD	164
ONE-A-DAY WOMENS PETITES .	154	OYSTERCAL	133	PERIOMED	164
ONE-A-DAY WOMENS		OYSTERCAL-D	133	<i>permethrin</i>	170
VITACRAVES	154	OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i>perphenazine</i>	119
<i>one-daily multi caps</i>	154	MG/DOSE)	60	PERSERIS	119
<i>one-daily multi vitamins</i>	154	OZEMPIC (1 MG/DOSE)	60	<i>petrolatum</i>	56
<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	154	OZEMPIC (2 MG/DOSE)	60	PFCB	56
<i>one-daily multi-vitamin</i>	154	PACERONE	49	PFIZERPEN	48
<i>one-daily multi-vitaminliron</i>	154	<i>paclitaxel</i>	24	<i>pharbechlor</i>	98
<i>one-daily/liron</i>	154	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	24	<i>pharbedryl</i>	98
ONELAX	81	<i>pain & fever childrens</i>	36	PHARBETOL	36
ONTRUZANT	19	<i>pain & fever infants</i>	36	PHARBETOL EXTRA STRENGTH .	36
ONUREG	22	<i>pain relief extra strength</i>	36	PHARMABASE ANTIOXIDANT	56
OPCON-A	89	<i>pain relief regular strength</i>	36	PHARMABASE COSMETIC	56
OPSUMIT	55	<i>paliperidone er</i>	119	PHARMABASE COSMETIC	
<i>optic-vites</i>	154	<i>pamidronate disodium</i>	72	NATURAL	56
OPTIFAST POST BARIATRIC	154	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	154	PHARMABASE LIGHT	56
OPTIMAL D3	154	PANRETIN	172	PHARMABASE VAGINAL	56
<i>optimum pms</i>	154	<i>pantoprazole sodium</i>	78	<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	154
OPTISOURCE POST BARIATRIC		PANZYGA	26	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	77
SURG	154	PARAPLATIN	15	<i>phendimetrazine tartrate</i>	124
OPTIVITE P.M.T.	154	<i>paricalcitol</i>	58	<i>phendimetrazine tartrate er</i>	124
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ..	154	<i>paromomycin sulfate</i>	43	<i>phenelzine sulfate</i>	116
<i>oral electrolytes</i>	129	<i>paroxetine hcl</i>	116	<i>phenobarbital</i>	113
<i>oral suspend</i>	56	<i>parvlex</i>	154	<i>phenobarbital sodium</i>	113
ORALYTE	129	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	154	<i>phentermine hcl</i>	124
ORALYTE FREEZER POPS	129	PCCA BASE 7542	56	<i>phenylephrine hcl</i>	106
ORA-PLUS	56	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE .	56	PHENYTEK	113
ORASEP	164	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	129	<i>phenytoin</i>	113
ORGOVYX	22	<i>ped electrolyte freezer pops</i>	129	<i>phenytoin sodium</i>	113

<i>phenytoin sodium extended</i>	113	PREDNISONE INTENSOL.....	71	PROTEGRA.....	155
PHESGO.....	19	<i>preferred plus insulin syringe</i>	62	<i>protriptyline hcl</i>	116
PHILITH.....	66	<i>pregabalin</i>	113	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	107
PHYTOBASE.....	56	<i>prehevbrio</i>	29	<i>pseudoephedrine hcl</i>	107
PHYTOMULTI.....	154	PREMASOL.....	134	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	107
<i>phytonadione</i>	154	<i>prenatal</i>	128, 154	<i>psyllium fiber</i>	81
PICODERM.....	56	<i>prenatal 19</i>	154	PULMICORT FLEXHALER.....	101
PIFELTRO.....	39	<i>prenatal one daily</i>	154	PULMOZYME.....	100
<i>pilocarpine hcl</i>	90, 164	<i>prenatal vitamin</i>	155	<i>pure c 500</i>	155
<i>pimozide</i>	119	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	155	<i>pure calcium carbonate</i>	133
PIMTREA.....	66	<i>prenatal vitamins</i>	155	<i>purevit dualfe plus</i>	88
<i>pin-away</i>	43	<i>prenatal/liron</i>	155	PUREWAY-C.....	155
<i>pindolol</i>	51	PRESERVISION AREDS.....	155	PURIXAN.....	23
<i>pinworm medicine</i>	43	PRESERVISION AREDS 2.....	155	<i>px advanced formula multivits</i>	155
<i>pioglitazone hcl</i>	60	PRESERVISION/LUTEIN.....	155	<i>px allergy</i>	98
<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	48	PRETTY FEET/HANDS.....	172	<i>px allergy relief cetirizine</i>	98
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19	PREVALITE.....	50	<i>px allergy relief d</i>	107
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19	<i>prevent</i>	155	<i>px allergy relief d (loratid)</i>	107
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19	PREVYMIS.....	44	<i>px allergy relief loratadine</i>	98
<i>pirfenidone</i>	100	PREZCOBIX.....	40	<i>px antacid maximum strength</i>	73
PIRMELLA 1/35.....	66	PREZISTA.....	39	<i>px antacid regular strength</i>	74
<i>piroxicam</i>	31	PRIFTIN.....	39	<i>px arthritis pain relief</i>	36
<i>plain niacin</i>	154	<i>primaquine phosphate</i>	44	<i>px artificial tears</i>	93
PLASMA-LYTE 148.....	127	<i>primidone</i>	113	<i>px aspirin</i>	36
PLASMA-LYTE A.....	127	PRIORIX.....	29	<i>px athletic foot</i>	165
PLENAMINE.....	134	PRIVIGEN.....	26	<i>px b complex/vitamin c</i>	155
PLENVU.....	81	<i>probenecid</i>	37	<i>px calamine</i>	173
<i>pna-hrt base</i>	56	PRO-CAL.....	155	<i>px calcium</i>	133
<i>podofilox</i>	172	PROCERV HP.....	155	<i>px childrens allergy</i>	98
<i>poly vitamin</i>	154	<i>prochlorperazine</i>	75	<i>px childrens pain relief</i>	36
POLYCIN.....	91	<i>prochlorperazine edisylate</i>	75	<i>px childrens profen ib</i>	31
<i>polyethylene glycol 3350</i>	56, 81	<i>prochlorperazine maleate</i>	75	PX CHILDRENS VITAMIN.....	155
POLY-IRON 150.....	88	PROCRIT.....	86	<i>px complete senior multivits</i>	155
<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	91	PROCTO-MED HC.....	172	<i>px docusate sodium</i>	81
<i>polysaccharide iron complex</i>	88	PROCTOSOL HC.....	172	<i>px fiber</i>	81
<i>polysaccharide-iron complex</i>	88	PROCTOZONE-HC.....	172	<i>px folic acid</i>	155
<i>poly-tussin ac</i>	106	<i>profola</i>	155	<i>px gas relief extra strength</i>	77
<i>polyvinyl alcohol</i>	93	PROGRAF.....	27	<i>px gas relief infants</i>	77
<i>poly-vitaliron</i>	154	PROLASTIN-C.....	100	<i>px gas relief ultra strength</i>	77
<i>polyvitamin/liron</i>	154	PROLENSA.....	92	<i>px ibuprofen junior strength</i>	31
POMALYST.....	23	PROLIA.....	72	<i>px infants profen ib</i>	31
PORTIA-28.....	66	PROMACTA.....	86	<i>px laxative</i>	81
<i>posaconazole</i>	41	<i>promethazine hcl</i>	75, 76	<i>px mens multivitamins</i>	155
<i>potassium chloride</i>	127, 128	<i>promethazine vcl/codeine</i>	106	<i>px miconazole 3-day combo</i>	84
<i>potassium chloride crys er</i>	128	<i>promethazine-codeine</i>	106	<i>px milk of magnesia</i>	81
<i>potassium chloride er</i>	128	<i>promethazine-dm</i>	106	<i>px nasal decongestant</i>	107
<i>potassium chloride in nacl</i>	127	<i>promethazine-phenyleph-codeine</i>	107	<i>px pain relief extra strength</i>	36
<i>potassium citrate er</i>	85	<i>propafenone hcl</i>	49	<i>px stomach relief</i>	74
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	127	<i>propafenone hcl er</i>	49	<i>px stop smoking aid</i>	124
<i>povidone-iodine</i>	172	<i>proparacaine hcl</i>	93	<i>px triple</i>	167
PRALUENT.....	50	<i>propranolol hcl</i>	51	<i>px vitamin c</i>	155
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	110	<i>propranolol hcl er</i>	51	<i>px vitamin e</i>	155
<i>prasugrel hcl</i>	89	<i>propylthiouracil</i>	57	<i>pyrazinamide</i>	39
<i>pravastatin sodium</i>	50	PROQUAD.....	29	<i>pyridostigmine bromide</i>	120
<i>praziquantel</i>	43	PRORENAL + D.....	155	<i>pyridoxine hcl</i>	155
<i>prazosin hcl</i>	51	PRORENAL + D W/ OMEGA-3.....	155	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	36
<i>prednisolone</i>	71	PROSIGHT.....	155	<i>qc all day allergy</i>	98
<i>prednisolone acetate</i>	92	PROSOL.....	134	<i>qc allergy childrens</i>	98
<i>prednisolone sodium phosphate</i>	71, 92	PROTECT CARDIO AF.....	155	<i>qc allergy relief</i>	98
<i>prednisone</i>	71	PROTECT PLUS SO.....	155	<i>qc antacid</i>	74

<i>qc antacid/anti-gas</i>	74	<i>qc tussin mucus/congestion</i>	107	<i>raloxifene hcl</i>	69
<i>qc anti-diarrheal</i>	75	<i>qc womens daily multivitamin</i>	156	<i>ramipril</i>	55
<i>qc anti-gas</i>	77	<i>q-derm</i>	56	<i>ranolazine er</i>	54
<i>qc anti-itch extra strength</i>	173	<i>Q-GEL FORTE</i>	126	<i>rasagiline mesylate</i>	110
<i>qc arthritis pain relief</i>	36	<i>Q-GEL MEGA</i>	126	<i>RAYALDEE</i>	58
<i>qc artificial tears</i>	93	<i>QINLOCK</i>	19	<i>RECLIPSEN</i>	66
<i>qc aspirin</i>	36	<i>Q-SORB CO Q-10</i>	126	<i>RECOMBIVAX HB</i>	29
<i>qc aspirin low dose</i>	36	<i>QSYMIA</i>	124	<i>RECTIV</i>	173
<i>qc bacitracin</i>	167	<i>QUADRACEL</i>	29	<i>reeses pinworm medicine</i>	43
<i>qc calamine</i>	173	<i>quetiapine fumarate</i>	119	<i>REFRESH</i>	93
<i>qc calcium fast dissolution</i>	133	<i>quetiapine fumarate er</i>	119	<i>REFRESH CELLUVISC</i>	93
<i>qc cetirizine allergy relief</i>	98	<i>quin b strong</i>	156	<i>REFRESH DIGITAL</i>	93
<i>qc childrens allergy</i>	98	<i>quinapril hcl</i>	55	<i>REFRESH DIGITAL PF</i>	93
<i>qc childrens complete</i>	155	<i>quinapril-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>REFRESH LIQUIGEL</i>	93
<i>qc childrens ibuprofen</i>	31	<i>quinidine sulfate</i>	50	<i>REFRESH OPTIVE</i>	93
<i>qc chlor-pheniramine</i>	98	<i>quinine sulfate</i>	44	<i>REFRESH OPTIVE ADVANCED</i>	93
<i>qc complete allergy medicine</i>	98	<i>quintabs</i>	156	<i>REFRESH OPTIVE ADVANCED</i>	
<i>qc daily multivit/multimineral</i>	155	<i>quintabs-m</i>	156	<i>PF</i>	93
<i>qc daily multivitamins/iron</i>	155	<i>ra balanced b-100</i>	156	<i>REFRESH OPTIVE MEGA-3</i>	93
<i>qc diarrhea relief</i>	75	<i>ra balanced b-50</i>	156	<i>REFRESH OPTIVE PF</i>	93
<i>qc enema</i>	81	<i>ra b-complex</i>	156	<i>REFRESH PLUS</i>	93
<i>qc enteric aspirin</i>	37	<i>ra b-complex with b-12</i>	156	<i>REFRESH RELIEVA</i>	93
<i>qc epsom salt</i>	81	<i>ra calcium 600</i>	133	<i>REFRESH RELIEVA PF</i>	94
<i>qc ferrous sulfate</i>	89	<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	133	<i>REFRESH TEARS</i>	94
<i>qc fexofenadine hydrochloride</i>	98	<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	133	<i>REGRANEX</i>	167
<i>qc fiber laxative</i>	81	<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	133	<i>REGULOID</i>	82
<i>qc gas relief extra strength</i>	77	<i>ra calcium plus vitamin d</i>	133	<i>REHYDRALYTE</i>	129
<i>qc gentle laxative</i>	82	<i>RA CENTRAL-VITE</i>	156	<i>rejuvacare plus</i>	56
<i>qc loratadine allergy relief</i>	98	<i>ra central-vite womens mature</i>	156	<i>RELENZA DISKHALER</i>	44
<i>qc loratadine-d</i>	107	<i>ra coenzyme q-10</i>	126	<i>RELI-ON INSULIN SYRINGE</i>	62
<i>qc melatonin max st</i>	126	<i>ra folic acid</i>	156	<i>RELISTOR</i>	77
<i>qc mens daily multivitamin</i>	155	<i>RA HI CAL</i>	133	<i>REMEDY ANTIFUNGAL</i>	166
<i>qc miconazole 7</i>	84	<i>ra iron</i>	89	<i>REMEDY PHYTOPLEX</i>	
<i>qc milk of magnesia</i>	82	<i>ra natural magnesium</i>	133	<i>ANTIFUNGAL</i>	166
<i>qc mucus relief</i>	107	<i>ra niacin</i>	156	<i>REMICADE</i>	25
<i>qc mucus relief childrens</i>	107	<i>ra no flush niacin</i>	156	<i>RENAL</i>	157
<i>qc mucus relief er</i>	107	<i>ra one daily energy formula</i>	156	<i>RENAL MULTIVITAMIN</i>	
<i>qc mucus relief max st</i>	107	<i>ra one daily essential</i>	156	<i>FORMULA</i>	157
<i>qc multi-vite</i>	156	<i>ra one daily maximum</i>	156	<i>renal vitamin</i>	157
<i>qc multi-vite 50 & over</i>	156	<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	156	<i>renal-vite</i>	157
<i>qc natural vegetable</i>	82	<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	156	<i>RENAPLEX</i>	157
<i>qc natura-lax</i>	82	<i>ra one daily womens</i>	156	<i>RENAPLEX-D</i>	157
<i>qc nicotine transdermal system</i>	124	<i>ra ped electrolyte freezer pop</i>	129	<i>rena-vite</i>	157
<i>qc non-aspirin childrens</i>	37	<i>ra pediatric electrolyte</i>	129	<i>rena-vite rx</i>	157
<i>qc non-aspirin extra strength</i>	37	<i>ra vitamin a</i>	156	<i>RENFLEXIS</i>	25
<i>qc pain relief</i>	37	<i>ra vitamin b-1</i>	156	<i>reno caps</i>	157
<i>qc pain relief childrens</i>	37	<i>ra vitamin b12</i>	156	<i>repaglinide</i>	60
<i>qc pain relief extra strength</i>	37	<i>ra vitamin b-12</i>	156	<i>REQ 49+</i>	157
<i>qc pink bismuth</i>	75	<i>ra vitamin b-12 tr</i>	156	<i>RESTASIS</i>	94
<i>qc povidone iodine</i>	173	<i>ra vitamin b-6</i>	156	<i>RESTASIS MULTIDOSE</i>	94
<i>qc prenatal</i>	156	<i>ra vitamin c</i>	156	<i>RESTORA RX</i>	75
<i>qc psyllium fiber</i>	82	<i>ra vitamin c cr</i>	156	<i>RETEVMO</i>	19
<i>qc stool softener</i>	82	<i>ra vitamin c/rose hips</i>	156	<i>REVLIMID</i>	23
<i>qc stool softener pls laxative</i>	82	<i>ra vitamin d-3</i>	156	<i>REXULTI</i>	119
<i>qc suphedrine maximum strength</i>	107	<i>ra vitamins complete childrens</i>	157	<i>REYATAZ</i>	39
<i>qc therin-m</i>	156	<i>ra zinc</i>	133	<i>REZLIDHIA</i>	19
<i>qc tolnaftate</i>	166	<i>RABAVERT</i>	29	<i>REZUROCK</i>	27
<i>qc triple antibiotic max st</i>	167	<i>rabeprazole sodium</i>	78	<i>RHOPRESSA</i>	90
<i>qc tussin cf</i>	107	<i>RADIANCE PLATINUM VITAMIN</i>		<i>ribavirin</i>	44
<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	107	<i>D3</i>	157	<i>RID LICE KILLING SHAMPOO</i>	170

<i>rifabutin</i>	39	<i>senna s</i>	82	<i>sm antacid advanced max st</i>	74
<i>rifampin</i>	40	<i>senna-lax</i>	82	<i>sm antacid maximum strength</i>	74
<i>riluzole</i>	120	<i>senna-plus</i>	82	<i>sm antacid/antigas</i>	74
<i>rimantadine hcl</i>	44	<i>senna-s</i>	82	<i>sm antibiotic</i>	168
RINVOQ.....	25	<i>senna-tabs</i>	82	<i>sm anti-diarrheal</i>	75
RISABAL-PH.....	173	<i>senna-time</i>	82	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	166
RISAMINE.....	173	<i>senna-time s</i>	82	<i>sm antifungal miconazole</i>	166
<i>risedronate sodium</i>	72	<i>sennosides-docusate sodium</i>	82	<i>sm antifungal tolinaftate</i>	166
RISPERDAL CONSTA.....	119	SENOKOT.....	82	<i>sm anti-itch extra strength</i>	173
<i>risperidone</i>	119	SENOKOT S.....	82	<i>sm antioxidant vitamins</i>	157
<i>ritonavir</i>	39	<i>sentry</i>	157	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	173
<i>rivastigmine</i>	115	<i>sentry senior</i>	157	<i>sm arthritis pain relief</i>	37
<i>rivastigmine tartrate</i>	115	SEREVENT DISKUS.....	95	<i>sm arthritis pain reliever</i>	37
RIVELSA.....	66	<i>sertraline hcl</i>	116	<i>sm aspirin</i>	37
<i>rizatriptan benzoate</i>	121	<i>se-tan plus</i>	89	<i>sm aspirin adult low strength</i>	37
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	107	SETLAKIN.....	67	<i>sm aspirin ec</i>	37
ROBAFEN DM CGH/CHEST		<i>sevelamer carbonate</i>	57	<i>sm aspirin low dose</i>	37
CONGEST.....	107	SHAROBEL.....	67	<i>sm athletes foot</i>	166
ROBAFEN DM COUGH.....	107	SHINGRIX.....	29	<i>sm b super vitamin complex</i>	157
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIDEROL.....	157	<i>sm b100 complex</i>	157
CONGESTION.....	107	SIGNIFOR.....	69	<i>sm b-complex</i>	157
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	107	<i>silace</i>	82	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	157
ROCKLATAN.....	90	<i>siladryl allergy</i>	98	<i>sm benzoin tincture</i>	173
<i>roflumilast</i>	100	<i>sildenafil citrate</i>	55	<i>sm biotin</i>	157
<i>ropinirole hcl</i>	110	<i>siltussin dm das</i>	107	<i>sm calamine</i>	173
<i>rosuvastatin calcium</i>	50	<i>siltussin sa</i>	108	<i>sm calamine phenolated</i>	173
ROTARIX.....	29	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	108	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	133
ROTATEQ.....	29	<i>silver sulfadiazine</i>	168	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	133
ROWEEPRA.....	113	SIMBRINZA.....	90	<i>sm calcium citrate w/vit d3</i>	133
ROZLYTREK.....	19	<i>simethicone</i>	77	<i>sm calcium citrate+/vit d3</i>	133
RUBRACA.....	19	<i>simethicone drops infants</i>	77	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	133
<i>rufinamide</i>	113	<i>simethicone ultra strength</i>	77	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	134
RUKOBIA.....	39	SIMLIYA.....	67	<i>sm calcium/vitamin d</i>	134
RYBELSUS.....	60	SIMPESSE.....	67	<i>sm calcium-vitamin d</i>	134
RYDAPT.....	19	<i>simvastatin</i>	50	<i>sm chewable vitamin c</i>	157
<i>rynex pse</i>	107	<i>sinus 12 hour</i>	108	<i>sm childrens ibuprofen</i>	31
SAJAZIR.....	86	<i>sinus congestion max strength</i>	108	<i>sm childrens loratadine</i>	99
SALTSTABLE LO.....	56	<i>sinus nasal spray</i>	108	SM CLEARLAX.....	82
SANDIMMUNE.....	27	<i>sinus relief extra strength</i>	108	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	84
SANTYL.....	167	<i>sirolimus</i>	27	<i>sm co q-10</i>	126
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	69	SIRTURO.....	40	<i>sm coenzyme q-10</i>	126
SAVISION.....	157	SIVEXTRO.....	43	<i>sm complete</i>	157
<i>sb calcium + d</i>	133	SKYRIZI.....	25	<i>sm complete 50+</i>	157
<i>sb lice killing max st</i>	170	SKYRIZI PEN.....	25	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	157
<i>sb oyster shell calcium</i>	133	SLOW FE.....	89	<i>sm complete 50+ ultimate women</i> ..	157
<i>sb vitamin c</i>	157	<i>slow iron</i>	89	<i>sm complete advanced formula</i>	157
<i>scar care</i>	56	<i>slow release iron</i>	89	<i>sm complete senior formula</i>	157
SCSEMBLIX.....	19	SLOW-MAG.....	133	<i>sm cough dm</i>	108
<i>scopolamine</i>	76	<i>sm 3-day vaginal</i>	84	<i>sm cough dm childrens</i>	108
SECUADO.....	119	<i>sm 8 hour pain relief</i>	37	<i>sm dry eye relief</i>	94
<i>selegiline hcl</i>	110	<i>sm all day allergy</i>	99	<i>sm ear drops</i>	173
<i>selenious acid</i>	135	<i>sm all day allergy childrens</i>	98	<i>sm enema</i>	82
<i>selenium sulfide</i>	168	<i>sm all day allergy-d</i>	108	<i>sm epsom salt</i>	82
SELZENTRY.....	39	<i>sm allergy 4 hour</i>	99	<i>sm fexofenadine hcl</i>	99
<i>senexon</i>	82	<i>sm allergy childrens</i>	99	<i>sm fiber</i>	82
SENEXON-S.....	82	<i>sm allergy relief</i>	99	<i>sm folic acid</i>	157
<i>senior tabs</i>	157	<i>sm animal shapes complete</i>	157	<i>sm gas relief</i>	77
<i>senna</i>	82	<i>sm animal shapes kids first</i>	157	<i>sm gas relief antifatulent</i>	77
<i>senna laxative</i>	82	<i>sm antacid</i>	74	<i>sm gas relief extra strength</i>	77
<i>senna plus</i>	82	<i>sm antacid advanced</i>	74	<i>sm gas relief infants</i>	77

<i>sm gentle laxative</i>	82	<i>sm tussin dm</i>	108	STRESSTABS ADVANCED.....	158
<i>sm hair/skin/nails</i>	157	<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	108	STRESSTABS ENERGY.....	158
<i>sm ibuprofen ib</i>	31	<i>sm vit c/rose hips</i>	158	STRIBILD.....	40
<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	31	<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	158	STROVITE FORTE.....	158
<i>sm infants ibuprofen</i>	31	<i>sm vitamin b1</i>	158	STROVITE ONE.....	158
<i>sm iron</i>	89	<i>sm vitamin b-12</i>	158	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	173
<i>sm iron slow release</i>	89	<i>sm vitamin b12 tr</i>	158	SUBVENITE.....	113
<i>sm lice killing max strength</i>	170	<i>sm vitamin b6</i>	158	<i>sucralfate</i>	77
<i>sm lice treatment</i>	170	<i>sm vitamin b-6</i>	158	SUDOGEST.....	109
<i>sm loratadine</i>	99	<i>sm vitamin c</i>	158	<i>sudogest 12 hour</i>	108
<i>sm loratadine allergy relief</i>	99	<i>sm vitamin c cr</i>	158	SUDOGEST MAXIMUM	
<i>sm lorata-dine d</i>	108	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	158	STRENGTH.....	109
<i>sm loratadine d 12hr</i>	108	<i>sm vitamin d</i>	158	<i>sulfacetamide sodium</i>	91
<i>sm lubricant eye drops</i>	94	<i>sm vitamin d3</i>	158	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	167
<i>sm lubricating plus</i>	94	<i>sm vitamin e</i>	158	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	90
<i>sm lubricating tears</i>	94	<i>sm zinc gluconate</i>	134	<i>sulfadiazine</i>	43
<i>sm miconazole 3</i>	84	<i>sodium bicarbonate</i>	74	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	43
<i>sm miconazole 3 applicator</i>	84	<i>sodium chloride</i>	108, 127, 167	SULFAMYLON.....	168
<i>sm miconazole 7</i>	84	<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	94	<i>sulfasalazine</i>	78
<i>sm milk of magnesia</i>	82	<i>sodium fluoride</i>	128	<i>sulindac</i>	31
<i>sm mucus relief</i>	108	<i>sodium oxybate</i>	122	<i>sumatriptan</i>	121
<i>sm mucus relief max strength</i>	108	<i>sodium phenylbutyrate</i>	69	<i>sumatriptan succinate</i>	121
<i>sm multiple vitamins essential</i>	158	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	58	<i>sumatriptan succinate refill</i>	121
<i>sm multiple vitamins/iron</i>	158	<i>solifenacin succinate</i>	84	<i>sunitinib malate</i>	19
<i>sm nasal decongestant</i>	108	SOLIQUA.....	62	SUNLENCA.....	39
<i>sm nasal decongestant max st</i>	108	<i>solo</i>	158	SUNVITE ADVANCED.....	158
<i>sm nasal decongestant pe</i>	108	SOLTAMOX.....	22	<i>super antioxidant</i>	158
<i>sm nasal spray</i>	108	SOLU-CORTEF.....	71	<i>super aytinal</i>	158
<i>sm nasal spray 12 hour</i>	108	SOMATULINE DEPOT.....	69	<i>super aytinal 50 plus</i>	158
<i>sm nasal spray moisturizing</i>	108	SOMAVERT.....	69	<i>super b complex maxi</i>	159
<i>sm nasal spray sinus</i>	108	SOOTHE & COOL INZO		<i>super b complex/fal/vit c</i>	159
<i>sm niacin cr</i>	158	ANTIFUNGAL.....	166	<i>super b complex/vitamin c</i>	159
<i>sm nicotine</i>	124	<i>sorafenib tosylate</i>	19	<i>super b-complex + vitamin c</i>	159
<i>sm nicotine polacrilex</i>	124	SORBOLENE.....	173	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	159
<i>sm nose drops nasal decongest</i>	108	SORINE.....	50	<i>super biotin</i>	159
<i>sm one daily mens</i>	158	<i>sotalol hcl</i>	50	<i>super calcium</i>	134
<i>sm one daily womens</i>	158	<i>sotalol hcl (af)</i>	50	<i>super calcium 600 + d 400</i>	134
<i>sm opti-vitamins</i>	158	<i>span c</i>	158	<i>super calcium 600 + d3</i>	134
<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	134	SPECTRAVITE.....	158	<i>super multiple</i>	159
<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	134	<i>spironolactone</i>	49	SUPER NU-THERA.....	159
<i>sm pain & fever childrens</i>	37	<i>spironolactone-hctz</i>	54	SUPER QUINTS B-50.....	159
<i>sm pain & fever infants</i>	37	SPRINTEC 28.....	67	<i>super thera vite m</i>	159
<i>sm pain relief</i>	37	SPRITAM.....	113	<i>super vita-mins</i>	159
<i>sm pain reliever</i>	37	SPRYCEL.....	19	<i>superplex-t</i>	159
<i>sm pain reliever childrens</i>	37	SPS.....	58	<i>suphedrine 12hour</i>	109
<i>sm pain reliever ex st</i>	37	SRONYX.....	67	<i>support</i>	159
<i>sm pediatric electrolyte</i>	129	SSD.....	168	SUPPORT-500.....	159
<i>sm povidone-iodine</i>	173	STELARA.....	25	SUPREP BOWEL PREP KIT.....	83
<i>sm senna laxative</i>	83	<i>sterile water for irrigation</i>	167	<i>sv vitamin b-12 er</i>	159
<i>sm senna-s</i>	83	<i>stimulant laxative</i>	83	SYEDA.....	67
<i>sm slow release iron</i>	89	STIVARGA.....	19	SYMBICORT.....	100
<i>sm stomach relief</i>	75	<i>stomach relief</i>	75	SYMDEKO.....	100
<i>sm stool softener</i>	83	<i>stool softener</i>	83	SYMJEPI.....	101
<i>sm stool softener/laxative</i>	83	<i>stool softener laxative</i>	83	SYMPAZAN.....	113
<i>sm super b complex/c</i>	158	<i>stool softener plus laxative</i>	83	SYMTUZA.....	40
<i>sm triple antibiotic</i>	168	<i>stool softener/laxative</i>	83	SYNAREL.....	70
<i>sm triple antibiotic max st</i>	168	<i>streptomycin sulfate</i>	43	SYNJARDY.....	60
<i>sm triple antibiotic original</i>	168	<i>stress formula</i>	158	SYNJARDY XR.....	60
<i>sm tussin cf</i>	108	<i>stress formula (folic acid)</i>	158	SYNRIBO.....	23
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	108	<i>stress formulaliron</i>	158	SYNTHROID.....	57

SYRSPEND SF	56	<i>tgt childrens ibuprofen</i>	31	<i>timolol maleate</i>	51, 90
SYSTANE	94	<i>tgt fiber therapy</i>	83	TING	166
SYSTANE BALANCE	94	<i>tgt gas relief extra strength</i>	77	TIVICAY	39
SYSTANE COMPLETE	94	<i>tgt gentle laxative</i>	83	TIVICAY PD	39
SYSTANE HYDRATION PF	94	<i>tgt ibuprofen childrens</i>	31	<i>tizanidine hcl</i>	110
SYSTANE ICAPS AREDS2	159	<i>tgt lubricant eye drops</i>	94	TOBRADEX	90
SYSTANE OVERNIGHT		<i>tgt miconazole 7</i>	84	TOBRADEX ST	90
THERAPY	94	<i>tgt nicotine polacrilex</i>	124	<i>tobramycin</i>	43, 91
SYSTANE PRESERVATIVE FREE	94	<i>tgt nicotine step one</i>	124	<i>tobramycin sulfate</i>	43
SYSTANE ULTRA	94	<i>tgt nicotine step three</i>	125	<i>tobramycin-dexamethasone</i>	90
SYSTANE ULTRA PF	94	<i>tgt nicotine step two</i>	125	<i>tolnaftate</i>	166
TAB-A-VITE	159	TGT POWDERLAX	83	<i>tolnaftate antifungal</i>	166
TAB-A-VITE/BETA CAROTENE	159	<i>tgt psyllium fiber</i>	83	<i>tolterodine tartrate</i>	84
<i>tab-a-vite/iron</i>	159	<i>tgt stomach relief</i>	75	<i>tolterodine tartrate er</i>	84
TAB-A-VITE/IRON/BETA		THALOMID	23	<i>topiramate</i>	114
CAROTENE	159	THE MAGIC BULLET	83	<i>toremifene citrate</i>	22
TABLOID	23	THEO-24	101	<i>torsemide</i>	54
TABRECTA	19	<i>theophylline</i>	101	<i>total allergy</i>	99
<i>tacrolimus</i>	27, 173	<i>theophylline er</i>	101	<i>total b/c</i>	160
TAFINLAR	19	THERA	159	TOUJEO MAX SOLOSTAR	62
TAGRISSO	19	THERA M PLUS	159	TOUJEO SOLOSTAR	62
TALTZ	25	<i>thera vital m</i>	159	TPN ELECTROLYTES	128
TALZENNA	19	<i>therabasic-m</i>	159	TRADJENTA	60
<i>tamoxifen citrate</i>	22	THERA-D 2000	159	TRALEMENT	135
<i>tamsulosin hcl</i>	85	THERA-D RAPID REPLETION	159	<i>tramadol hcl</i>	32
TARINA 24 FE	67	THERAGRAN-M	159	<i>tramadol-acetaminophen</i>	32
TARINA FE 1/20 EQ	67	THERAGRAN-M ADVANCED	159	<i>trandolapril</i>	55
TASIGNA	19	THERAGRAN-M ADVANCED 50		<i>tranexamic acid</i>	86
<i>tasimelteon</i>	122	PLUS	159	<i>tranylcypromine sulfate</i>	116
<i>tazarotene</i>	168	THERAGRAN-M PREMIER	160	TRAVASOL	135
TAZICEF	46	THERAGRAN-M PREMIER 50		TRAZIMERA	20
TAZORAC	168	PLUS	159	<i>trazodone hcl</i>	116
TAZTIA XT	52	<i>thera-m</i>	160	TRECATOR	40
TAZVERIK	19	THERAMILL FORTE	160	TRELEGY ELLIPTA	99
TDVAX	29	<i>therapeutic formula/hematinics</i>	160	<i>treprostinil</i>	55
TECENTRIQ	20	<i>therapeutic moisturizing</i>	173	TRESIBA	62
TEFLARO	46	<i>therapeutic multivit/mineral</i>	160	TRESIBA FLEXTOUCH	62
<i>telmisartan</i>	49	<i>therapeutic-m</i>	160	<i>tretinoin</i>	23, 167
<i>telmisartan-amlodipine</i>	53	<i>therapeutic-m/lutein</i>	160	<i>triamcinolone acetonide</i>	164, 169
<i>telmisartan-hctz</i>	53	<i>thera-tabs</i>	160	<i>triamterene-hctz</i>	54
<i>temazepam</i>	122	<i>thera-tabs m</i>	160	<i>tri-buffered aspirin</i>	37
TENIVAC	29	THERATEARS	94	TRICARE	128
<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	39	THERATRUM COMPLETE	160	TRICON	89
TEPMETKO	20	THERATRUM COMPLETE 50		<i>trientine hcl</i>	58
<i>terazosin hcl</i>	51	PLUS	160	TRI-ESTARYLLA	67
<i>terbinafine hcl</i>	41, 166	<i>theravim-m</i>	160	TRIFERIC	89
<i>terbutaline sulfate</i>	95	THEREMS	160	<i>trifluoperazine hcl</i>	119
<i>terconazole</i>	84	THEREMS-H	160	<i>trifluridine</i>	91
<i>teriparatide (recombinant)</i>	72	THEREMS-M	160	<i>trigels-f forte</i>	89
<i>testosterone</i>	59	<i>thiamine hcl</i>	160	<i>trihexyphenidyl hcl</i>	110
<i>testosterone cypionate</i>	59	<i>thiamine mononitrate</i>	160	TRIJARDY XR	60
<i>testosterone enanthate</i>	59	<i>thioridazine hcl</i>	119	TRIKAFTA	101
<i>tetrabenazine</i>	121	<i>thiothixene</i>	119	TRI-LEGEST FE	67
<i>tetracycline hcl</i>	49	<i>thrivite 19</i>	160	TRI-LINYAH	67
<i>tgt acetaminophen childrens</i>	37	TIADYLT ER	52	TRI-LO-ESTARYLLA	67
<i>tgt acetaminophen ex st</i>	37	<i>tiagabine hcl</i>	113	TRI-LO-MARZIA	67
<i>tgt allergy relief</i>	99	TIBSOVO	20	TRI-LO-MILI	67
<i>tgt antifungal</i>	166	TICOVAC	29	TRI-LO-SPRINTEC	67
<i>tgt antifungal spray powder</i>	166	<i>tigecycline</i>	49	<i>trimethoprim</i>	43
<i>tgt childrens acetaminophen</i>	37	TILIA FE	67	TRI-MILI	67

<i>trimipramine maleate</i>	116	<i>valacyclovir hcl</i>	44	<i>vincristine sulfate</i>	24
TRINTELLIX.....	116	VALCHLOR.....	173	<i>vinorelbine tartrate</i>	24
TRI-NYMYO.....	67	<i>valganciclovir hcl</i>	45	<i>viorele</i>	67
<i>triphrocaps</i>	160	<i>valproate sodium</i>	114	VIRACEPT.....	39
<i>triple antibiotic</i>	168	<i>valproic acid</i>	114	VIREAD.....	39
<i>triple antibiotic plus</i>	168	<i>valsartan</i>	49	<i>virt-caps</i>	161
<i>triple antibiotic+pain relief</i>	168	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	53	<i>virt-feba plus</i>	89
TRI-SPRINTEC.....	67	VALTOCO 10 MG DOSE.....	114	VIRT-GARD.....	161
TRIUMEQ.....	40	VALTOCO 15 MG DOSE.....	114	<i>vision formula 2</i>	161
TRIUMEQ PD.....	40	VALTOCO 20 MG DOSE.....	114	<i>vision formula eye health</i>	161
TRIVORA (28).....	67	VALTOCO 5 MG DOSE.....	114	<i>vision formulallutein</i>	161
TRI-VYLIBRA.....	67	<i>value plus glucose</i>	58	<i>vision vitamins</i>	161
TRI-VYLIBRA LO.....	67	VANADOM.....	110	VISTA ADVANCED AREDS2	
TRIZIVIR.....	40	<i>vancomycin hcl</i>	43	FORMULA.....	161
TROGARZO.....	39	<i>vancomycin hcl in nacl</i>	43	VISTA ADVANCED DRY EYE	
TROPHAMINE.....	135	VANIBASE.....	57	FORMULA.....	161
<i>tropical liquid nutrition</i>	160	VANICREAM.....	173	<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	161
<i>trospium chloride</i>	84	<i>vanishing cream botanical base</i>	57	<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	161
TRULICITY.....	60	VAQTA.....	30	<i>vita hair</i>	161
TRUMENBA.....	29	<i>varenicline tartrate</i>	125	<i>vitabasic complete</i>	161
TRUSELTIQ (100MG DAILY		<i>varenicline tartrate (starter)</i>	125	<i>vitabasic senior</i>	161
DOSE).....	20	VARIVAX.....	30	<i>vita-beel/c</i>	161
TRUSELTIQ (125MG DAILY		VASCEPA.....	50	<i>vitabex plus</i>	161
DOSE).....	20	<i>v-c forte</i>	160	<i>vitachew multiple vitamin</i>	161
TRUSELTIQ (50MG DAILY DOSE).....	20	<i>vegetable lax+stool softener</i>	83	VITAFOL.....	161
TRUSELTIQ (75MG DAILY DOSE).....	20	VELIVET.....	67	VITAL-D RX.....	161
TRUXIMA.....	20	VELPHORO.....	57	<i>vitalee</i>	161
TUKYSA.....	20	VELTASSA.....	58	VITALETS CHILDRENS.....	161
TURALIO.....	20	VELVACHOL.....	173	<i>vitamin a</i>	161
TUSNEL C.....	109	VEMLIDY.....	45	<i>vitamin b + c complex</i>	161
<i>tusnel diabetic</i>	109	VENCLEXTA.....	20	<i>vitamin b 12</i>	161
TUSNEL-EX.....	109	VENCLEXTA STARTING PACK.....	20	<i>vitamin b complex</i>	161
<i>tussin cf</i>	109	VENEXA.....	160	<i>vitamin b-1</i>	161
<i>tussin cf multi-symptom cold</i>	109	VENEXA FE.....	160	<i>vitamin b12</i>	161
<i>tussin cough</i>	109	<i>venlafaxine hcl</i>	117	<i>vitamin b-12</i>	161
<i>tussin dm</i>	109	<i>venlafaxine hcl er</i>	116	<i>vitamin b-12 er</i>	161
<i>tussin dm cough + chest</i>	109	VENOFER.....	89	<i>vitamin b12 tr</i>	161
<i>tussin mucus & chest congest</i>	109	VENTAVIS.....	55	<i>vitamin b12-folic acid</i>	161
<i>tussin mucus+chest congestion</i>	109	VENTOLIN HFA.....	95	<i>vitamin b6</i>	161
<i>tussin multi-symptom cold cf</i>	109	VENTRIXYL.....	160	<i>vitamin b-6</i>	161
TWINRIX.....	29	VENTRIXYL FE.....	160	<i>vitamin b-complex</i>	161
TYBOST.....	39	<i>verapamil hcl</i>	52	<i>vitamin c</i>	162
TYDEMY.....	67	<i>verapamil hcl er</i>	52	<i>vitamin c drops</i>	161
TYPHIM VI.....	29, 30	VERQUVO.....	54	<i>vitamin c er</i>	162
TYRVAYA.....	94	VERSACLOZ.....	119	<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	162
U-BASE.....	57	<i>versatile cream base</i>	57	<i>vitamin c/rose hips</i>	162
UDAMIN SP.....	160	VERSIGEL.....	57	<i>vitamin c/rose hips tr</i>	162
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN		VERZENIO.....	20	<i>vitamin c-acerola</i>	162
KIDS.....	160	VESTURA.....	67	<i>vitamin c-rose hips</i>	162
<i>ultra freeda</i>	160	V-GO 20.....	62	<i>vitamin c-rose hips er</i>	162
<i>ultra freedaliron</i>	160	V-GO 30.....	62	<i>vitamin c-rose hips tr</i>	162
ULTRA FRESH.....	94	V-GO 40.....	62	<i>vitamin d</i>	162
<i>ultra lubricating eye drops</i>	94	VIC-FORTE.....	160	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	162
ULTRACHOICE ADV FORMULA		VICTOZA.....	61	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	162
MATURE.....	160	VIENVA.....	67	<i>vitamin d high potency</i>	162
ULTRACHOICE ADVANCED		<i>vigabatrin</i>	114	<i>vitamin d infant</i>	162
FORMULA.....	160	VIGADRONE.....	114	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	162
<i>unicomplex-m</i>	160	VIIBRYD STARTER PACK.....	117	<i>vitamin d3</i>	162
UNITHROID.....	57	<i>vilazodone hcl</i>	117	<i>vitamin d-3</i>	162
<i>ursodiol</i>	77	VIMPAT.....	114	<i>vitamin d3 complete</i>	162

<i>vitamin d3 maximum strength</i>	162	XALKORI.....	20	<i>zinc gluconate</i>	134
<i>vitamin d3 super strength</i>	163	XARELTO.....	85	<i>zinc oxide</i>	173
<i>vitamin d3 ultra strength</i>	163	XARELTO STARTER PACK.....	85	<i>zinc sulfate</i>	134
<i>vitamin d-400</i>	163	XATMEP.....	27	<i>ziprasidone hcl</i>	120
<i>vitamin e</i>	163	XCEL 100.....	57	<i>ziprasidone mesylate</i>	120
<i>vitamin e blend</i>	163	XCOPRI.....	114	ZIRABEV.....	21
<i>vitamin e water soluble</i>	163	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	114	ZIRGAN.....	91
<i>vitamin e-200</i>	163	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	114	<i>zoledronic acid</i>	72
<i>vitamin e-400</i>	163	XELJANZ.....	26	ZOLINZA.....	21
<i>vitamin k1</i>	163	XELJANZ XR.....	26	<i>zolmitriptan</i>	121
<i>vitamins acd-fluoride</i>	163	XENICAL.....	70	<i>zolpidem tartrate</i>	122
<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	163	XERAC AC.....	173	ZONISADE.....	114
<i>vitamins for hair</i>	163	XERMELO.....	77	<i>zonisamide</i>	114
<i>vitamins/minerals</i>	163	XGEVA.....	72	<i>zoo friends complete</i>	164
VITASANA.....	163	XHANCE.....	101	ZOSTRIX HP.....	173
<i>vitasure</i>	163	XIFAXAN.....	77	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
<i>vitatrum</i>	163	XIGDUO XR.....	61		173
VITATRUM COMPLETE.....	163	XIIDRA.....	94	ZOVIA 1/35 (28).....	68
VITRAKVI.....	20	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	45	ZTALMY.....	114
VITRAMYN.....	163	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	45	ZUMANDIMINE.....	68
VITRANOL.....	163	XOLAIR.....	101	ZYDELIG.....	21
VITRANOL FE.....	163	XOSPATA.....	20	ZYKADIA.....	21
VITREXATE.....	163	XPOVIO (100 MG ONCE		ZYLET.....	90
VITREXATE FE.....	163	WEEKLY).....	20	ZYPREXA RELPREVV.....	120
VITREXYL.....	163	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	20	<i>zyvana</i>	164
VITREXYL + IRON.....	163	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ..	20		
<i>vitrum 50+ senior multi</i>	163	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	21		
VITRUM SENIOR.....	163	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
VIVITROL.....	125	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	21		
VIZIMPRO.....	20	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ..	21		
<i>v-max</i>	57	XTANDI.....	22		
VONJO.....	20	XULANE.....	68		
<i>voriconazole</i>	41	XULTOPHY.....	62		
VOSEVI.....	45	<i>xvite</i>	164		
VOTRIENT.....	20	XYREM.....	122		
<i>vp-vite rx</i>	163	YELETS TEENAGE FORMULA....	164		
VRAYLAR.....	120	YF-VAX.....	30		
VYFEMLA.....	68	<i>yl coenzyme q10</i>	126		
VYLIBRA.....	68	<i>yl folic acid</i>	164		
VYZULTA.....	90	<i>yl vitamin b-6</i>	164		
WAL-DRYL ALLERGY.....	99	<i>yl vitamin c</i>	164		
<i>warfarin sodium</i>	85	<i>yl vitamin c-rose hips</i>	164		
<i>wee care</i>	89	YOUR LIFE MULTI ADULT			
WEEKLY-D.....	163	GUMMIES.....	164		
WELIREG.....	23	YUVAFEM.....	70		
WERA.....	68	ZAFEMY.....	68		
<i>wescaps</i>	163	<i>zafirlukast</i>	102		
<i>westab max</i>	163	<i>zaleplon</i>	122		
<i>westab mini</i>	163	ZARXIO.....	86		
<i>westab one</i>	163	ZEASORB-AF.....	166		
<i>west-vite w/folic acid</i>	163	ZEJULA.....	21		
<i>womans laxative</i>	83	ZELBORAF.....	21		
<i>womens 50+ advanced</i>	164	ZEMAIRA.....	101		
<i>womens daily form/fa/cal/fe</i>	164	ZENATANE.....	167		
<i>womens daily formula</i>	164	ZENPEP.....	78		
<i>womens multi</i>	164	ZERViate.....	89		
<i>womens multi gummies</i>	164	<i>zidovudine</i>	39		
<i>womens multivitamin</i>	164	ZIEXTENZO.....	86		
<i>wound care</i>	57	<i>zinc</i>	134		
WYMZYA FE.....	68	<i>zinc chloride</i>	135		

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 **19/9/2023**.

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.