



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

Para informações mais recentes ou outras questões, entre em contacto connosco através do número de telefone 1-844-812-6896 e TTY 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e, das 8h às 12h, aos sábados, ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não fizemos alterações neste formulário desde 19/02/2025.

Neighborhood INTEGRITY | 2025 *Lista de Medicamentos Cobertos (Lista de Medicamentos ou Formulário)*

Introdução

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

Índice

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

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



B11. Como posso pedir uma exceção?	10
B12. Quanto tempo é necessário para obter uma exceção?	10
B13. O que são os medicamentos genéricos?	10
B14. O que são produtos biológicos originais e qual a sua relação com os biossimilares?.....	11
B15. O que são medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?	11
B16. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?.....	11
B17. Qual é o meu copagamento?	11
B18. O que são níveis de medicamentos?	12
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	12
C1. Medicamentos agrupados por condição médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	172

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



A. Isenção de responsabilidade

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

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

B. Perguntas frequentes (FAQ)

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

B1. Que medicamentos prescritos estão na *Lista de Medicamentos Cobertos*? (Chamamos à *Lista de Medicamentos Cobertos* a "*Lista de Medicamentos*", para abreviar).

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

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

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



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

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

B2. A Lista de Medicamentos é alterada?

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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



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

Quando estas mudanças acontecerem, iremos:

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

Há duas maneiras de encontrar um medicamento:

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

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

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

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

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

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



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

B9. E se eu for um novo Membro do Neighborhood INTEGRITY e não conseguir encontrar o meu medicamento na *Lista de Medicamentos* ou tiver um problema em obter o meu medicamento?

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

B11. Como posso pedir uma exceção?

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

B12. Quanto tempo é necessário para obter uma exceção?

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

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

B13. O que são os medicamentos genéricos?

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

B16. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?

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

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

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

B17. Qual é o meu copagamento?

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

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



B18. O que são níveis de medicamentos?

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

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

C. Visão geral da *Lista de Medicamentos Cobertos*

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

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

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

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

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



C1. Medicamentos agrupados por condição médica

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

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

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

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

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

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

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

NDS= Fornecimento de dia não prolongado. Este medicamento não está disponível para um fornecimento de mais de 30 dias.

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

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



DATA EFETIVA: 1/3/2025

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AGENTES ANTINEOPLÁSTICOS		
Agentes Alquilantes		
<i>bendamustine hcl intravenous solution 100 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
BENDEKA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>carboplatin intravenous solution 150 mg/15ml, 450 mg/45ml, 50 mg/5ml, 600 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cisplatin intravenous solution 100 mg/100ml, 200 mg/200ml, 50 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide injection solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide intravenous solution 1 gm/2ml, 1 gm/5ml, 1000 mg/10ml, 2 gm/10ml, 2 gm/4ml, 2000 mg/20ml, 500 mg/2.5ml, 500 mg/5ml, 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cyclophosphamide oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclophosphamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 10 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	
GLEOSTINE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution 100 mg/20ml, 200 mg/40ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>oxaliplatin intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Agentes Alvo Moleculares		
ALECENSA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 180 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALUNBRIG ORAL TABLET THERAPY PACK 90 & 180 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 160 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
AUGTYRO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>bortezomib injection solution reconstituted 3.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 cápsulas a cada 25 dias); NDS
BOSULIF ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BOSULIF ORAL TABLET 400 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRAFTOVI ORAL CAPSULE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (140 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 3 X 20 MG & 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
DANZITEN ORAL TABLET 71 MG, 95 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>dasatinib oral tablet 100 mg, 140 mg, 50 mg, 70 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>dasatinib oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>erlotinib hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (150 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>everolimus oral tablet soluble 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FOTIVDA ORAL CAPSULE 0.89 MG, 1.34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a casa 28 dias); NDS
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (216ml a cada 27 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imkeldi oral solution 80 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (280ml a cada 28 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ITOVEBI ORAL TABLET 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (49 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (70 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (91 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>lapatinib ditosylate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LAZCLUZE ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (140 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1260ml a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 cápsulas a cada 28 dias); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (96ml a cada 28 dias); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG, 100 MG (16 PACK), 100 MG (24 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>pazopanib hcl oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PEMAZYRE ORAL TABLET 13.5 MG, 4.5 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PHESGO SUBCUTANEOUS SOLUTION 60-60-2000 MG-MG-U/ML, 80-40-2000 MG-MG-U/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PIQRAY (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 & 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
PIQRAY (300 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 2 X 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 110 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REVUFORJ ORAL TABLET 160 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (336 pacotes a cada 28 dias); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (224 cápsulas a cada 28 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SCEMBLIX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sorafenib tosylate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>sunitinib malate oral capsule 12.5 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TABRECTA ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TAFINLAR ORAL CAPSULE 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TAGRISSO ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAZVERIK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TECENTRIQ HYBREZA SUBCUTANEOUS SOLUTION 1875-30000 MG-UT/15ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 21 dias); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TORPENZ ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TRAZIMERA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TRUQAP ORAL TABLET 160 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (64 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRUQAP ORAL TABLET THERAPY PACK 160 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 pacotes a cada 28 dias); NDS
TRUXIMA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/10ML, 500 MG/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TUKYSA ORAL TABLET 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300ml a cada 30 dias); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VORANIGO ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRICÇÕES OU LIMITES DE USO
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
Agentes Antineoplásticos Hormonais		
<i>abiraterone acetate oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>abiraterone acetate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AKEEGA ORAL TABLET 100-500 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>anastrozole oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bicalutamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ELIGARD SUBCUTANEOUS KIT 22.5 MG, 30 MG, 45 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA
ERLEADA ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EULEXIN ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>exemestane oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FIRMAGON (240 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG/VIAL	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
FIRMAGON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA
<i>fulvestrant intramuscular solution prefilled syringe 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>letrozole oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>leuprolide acetate injection kit 1 mg/0.2ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
LUPRON DEPOT (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 3.75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SOLTAMOX ORAL SOLUTION 10 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tamoxifen citrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>toremifene citrate oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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)	
<i>mesna oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antimetabólitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (5 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (100 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (80 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>mercaptopurine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methotrexate sodium (pf) injection solution 1 gm/40ml, 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution 250 mg/10ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methotrexate sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ONUREG ORAL TABLET 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 comprimidos a cada 28 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>bexarotene oral capsule 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous suspension 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>hydroxyurea oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>irinotecan hcl intravenous solution 100 mg/5ml, 300 mg/15ml, 40 mg/2ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
IWILFIN ORAL TABLET 192 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Imunomoduladores		
<i>lenalidomide oral capsule 10 mg, 15 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
Inibidores Mitóticos		
<i>docetaxel intravenous concentrate 160 mg/8ml, 80 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>docetaxel intravenous concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>docetaxel intravenous solution 160 mg/16ml, 20 mg/2ml, 80 mg/8ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
DOCIVYX INTRAVENOUS SOLUTION 160 MG/16ML, 20 MG/2ML, 80 MG/8ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 20 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PED>/=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEVIT STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML & 40MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
IDACIO (2 PEN) SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 canetas a cada 365 dias); NDS
IDACIO (2 SYRINGE) SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 seringas a cada 365 dias); NDS
IDACIO-CROHNS/UC STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
IDACIO-PSORIASIS STARTER SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR KIT 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
RENFLIXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
RINVOQ LQ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 15 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RINVOQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (168 comprimidos por ano); NDS
SKYRIZI INTRAVENOUS SOLUTION 600 MG/10ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 cartucho a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 365 dias); NDS
SOTYKTU ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TREMFYA INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 100 MG/ML, 200 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML, 200 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TYENNE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/10ML, 400 MG/20ML, 80 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 162 MG/0.9ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
TYENNE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 162 MG/0.9ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
VELSIPITY ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 24 dias); NDS
XELJANZ ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XELJANZ XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11 MG, 22 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Imunoglobulinas		
ALYGLO INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BIVIGAM INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
FLEBOGAMMA DIF INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMASTAN INTRAMUSCULAR INJECTABLE	\$0 (Nível 2)	B/D
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PANZYGA INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PRIVIGEN INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Imunomoduladores		
ACTIMMUNE SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Imunossuppressores		
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 0.5 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
ASTAGRAF XL ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>azathioprine oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
BENLYSTA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 120 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
JYLAMVO ORAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>leflunomide oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methotrexate sodium oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XATMEP ORAL SOLUTION 2.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Vacinas		
ABRYSVO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
ACTHIB INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
ADACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2-15.5 (PREFILLED SYRINGE), 5-2-15.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
AREXVY INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 120 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
<i>bcg vaccine injection solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BEXSERO INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
BOOSTRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 5-2.5-18.5 LF-MCG/0.5	\$0 (Nível 1)	
DAPTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION 23-15-5	\$0 (Nível 1)	
DENGVAXIA SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
<i>diphtheria-tetanus toxoids dt intramuscular suspension 25-5 Ifu/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGERIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
HAVRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 1440 EL U/ML, 720 EL U/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
HEPLISAV-B INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
HIBERIX INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
IMOVAX RABIES INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 2.5 UNIT/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
INFANRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25-58-10	\$0 (Nível 1)	
IPOL INJECTION INJECTABLE	\$0 (Nível 1)	
IXCHIQ INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
IXIARO INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
JYNNEOS SUBCUTANEOUS SUSPENSION 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	B/D
KINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
MENACTRA INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENQUADFI INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
MENVEO INTRAMUSCULAR SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
M-M-R II INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
MRESVIA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
PEDIARIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
PEDVAX HIB INTRAMUSCULAR SUSPENSION 7.5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
PENBRAYA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PENTACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	B/D

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION 10 MCG/ML, 40 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
RECOMBIVAX HB INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/ML, 5 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ROTARIX ORAL SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	QL (2 ampolas por vida)
TENIVAC INTRAMUSCULAR INJECTABLE 5-2 LFU, 5-2 LFU (INJECTION)	\$0 (Nível 1)	B/D
TICOVAC INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1.2 MCG/0.25ML, 2.4 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
TRUMENBA INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE	\$0 (Nível 1)	
TWINRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 720-20 ELU-MCG/ML	\$0 (Nível 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
TYPHIM VI INTRAMUSCULAR SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
VAQTA INTRAMUSCULAR SUSPENSION 25 UNIT/0.5ML, 25 UNIT/0.5ML 0.5 ML, 50 UNIT/ML, 50 UNIT/ML 1 ML	\$0 (Nível 1)	
VARIVAX INJECTION SUSPENSION RECONSTITUTED 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
VAXCHORA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 1)	
ANALGÉSICOS		
Aines (Antiinflamatórios Não Esteróides)		
<i>celecoxib oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>celecoxib oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac potassium oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diclofenac sodium er oral tablet extended release 24 hour 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium oral tablet delayed release 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diflunisal oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>etodolac oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>etodolac oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ft ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IBU ORAL TABLET 400 MG, 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen childrens oral suspension 100 mg/5ml, 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen infants oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen junior strength oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ibuprofen oral tablet 400 mg, 600 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meloxicam oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nabumetone oral tablet 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naproxen dr oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>naproxen oral tablet 250 mg, 375 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>naproxen sodium oral tablet 275 mg, 550 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>piroxicam oral capsule 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>qc childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens ibuprofen oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib childrens oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ibuprofen ib oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm ibuprofen oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm infants ibuprofen oral suspension 50 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sulindac oral tablet 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Analgésico De Opioides De Curta Duração		
<i>acetaminophen-codeine oral solution 120-12 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (400 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>acetaminophen-codeine oral tablet 300-60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>butorphanol tartrate injection solution 1 mg/ml, 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
ENDOCET ORAL TABLET 10-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 2.5-325 MG, 5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
ENDOCET ORAL TABLET 7.5-325 MG	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral solution 7.5-325 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2700ml a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg, 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-acetaminophen oral tablet 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone-ibuprofen oral tablet 7.5-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>hydromorphone hcl oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate (concentrate) oral solution 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate intravenous solution 10 mg/ml, 4 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>morphine sulfate oral solution 10 mg/5ml, 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate oral tablet 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nalbuphine hcl injection solution 10 mg/ml, 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>oxycodone hcl oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (4 pensos a cada 28 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 37.5 mcg/hr, 50 mcg/hr, 62.5 mcg/hr, 75 mcg/hr, 87.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 100 mg, 120 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (450ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen 8 hour oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral solution 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen er oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral solution 160 mg/5ml, 325 mg/10.15ml, 650 mg/20.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml, 650 mg/20.3ml, 80 mg/2.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet 325 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acetaminophen rectal suppository 120 mg, 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
APHEN ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec adult low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin ec low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin rectal suppository 300 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aspirin regimen oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens acetaminophen oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens apap oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ARTHRTIS PAIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN LOW STRENGTH ORAL TABLET DELAYED RELEASE 81 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ECOTRIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-apap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL ADULTS RECTAL SUPPOSITORY 650 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL CHILDRENS RECTAL SUPPOSITORY 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL INFANTS RECTAL SUPPOSITORY 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FEVERALL JUNIOR STRENGTH RECTAL SUPPOSITORY 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft children's pain/fever oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft enteric coated aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft pain relief adult extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour arthritis relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp children's pain & fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin adults oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain & fever child oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain relief extra st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHY MAMA SHAKE THAT ACHE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>liquid pain relief oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>non-aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief oral liquid 500 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief regular strength oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
PHARBETOL ORAL TABLET 325 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc acetaminophen 8 hours oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc acetaminophen infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc enteric aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tri-buffered aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Gota		
<i>allopurinol oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colchicine oral capsule 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<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)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral suspension 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nevirapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NORVIR ORAL PACKET 100 MG	\$0 (Nível 2)	
PIFELTRO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
PREZISTA ORAL SUSPENSION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (400ml a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PREZISTA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
REYATAZ ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ritonavir oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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)	NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df oral tablet 600-200-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir oral tablet 400-300-300 mg, 600-300-300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 100-150 mg, 133-200 mg, 167-250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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
<i>trimeq pd oral tablet soluble 60-5-30 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>casposfungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>micafungin sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 28 dias); NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Infeciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (672 comprimidos por ano); NDS
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
ARIKAYCE INHALATION SUSPENSION 590 MG/8.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300ml a cada 30 dias)
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BINAXNOW COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
CARESTART COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
CAYSTON INHALATION SOLUTION RECONSTITUTED 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 900 mg/6ml</i>	\$0 (Nível 1)	
CLINITEST RAPID COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>colistimethate sodium (cba) injection solution reconstituted 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>covid-19 at-home test in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs covid-19 at home test kit in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs pinworm treatment oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dapsone oral tablet 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>daptomycin intravenous solution reconstituted 350 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIATRUST COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ellume covid-19 home test in vitro kit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EMVERM ORAL TABLET CHEWABLE 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (12 comprimidos por ano); NDS
<i>ertapenem sodium injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentamicin in saline intravenous solution 0.8-0.9 mg/ml-%, 1-0.9 mg/ml-%, 1.2-0.9 mg/ml-%, 1.6-0.9 mg/ml-%, 2-0.9 mg/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate injection solution 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp antibacterial urinary pain oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>imipenem-cilastatin intravenous solution reconstituted 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
IMPAVIDO ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INDICAID COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ivermectin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (12 comprimidos a cada 90 dias)
<i>linezolid in sodium chloride intravenous solution 600-0.9 mg/300ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	QL (1800ml a cada 30 dias); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>meropenem intravenous solution reconstituted 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methenamine hippurate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metronidazole intravenous solution 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metronidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin sulfate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitazoxanide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (6 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>nitrofurantoin macrocrystal oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nitrofurantoin monohyd macro oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
ON/GO ONE COVID-19 HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pentamidine isethionate inhalation solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pentamidine isethionate injection solution reconstituted 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pin-away oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polymyxin b sulfate injection solution reconstituted 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pyrimethamine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>qc urinary pain relief oral tablet 162-162.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>reeses pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SPEEDY SWAB COVID-19 ANTIGEN IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>streptomycin sulfate intramuscular solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sulfadiazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim intravenous solution 400-80 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral suspension 200-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfamethoxazole-trimethoprim oral tablet 400-80 mg, 800-160 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tinidazole oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBI PODHALER INHALATION CAPSULE 28 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tobramycin inhalation nebulization solution 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>tobramycin sulfate injection solution 1.2 gm/30ml, 10 mg/ml, 2 gm/50ml, 80 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimethoprim oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl in nacl intravenous solution 1-0.9 gm/200ml-%, 500-0.9 mg/100ml-%, 750-0.9 mg/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>vancomycin hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 1.25 gm, 1.5 gm, 10 gm, 5 gm, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vancomycin hcl oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (80 cápsulas a cada 180 dias)
<i>vancomycin hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (160 cápsulas a cada 180 dias)
Antipalúdicos		
<i>atovaquone-proguanil hcl oral tablet 250-100 mg, 62.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chloroquine phosphate oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
COARTEM ORAL TABLET 20-120 MG	\$0 (Nível 2)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>mefloquine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>primaquine phosphate tablet 26.3 (15 base) mg oral</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>quinine sulfate oral capsule 324 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
Antivirais		
<i>acyclovir oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral suspension 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir oral tablet 400 mg, 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acyclovir sodium intravenous solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>adefovir dipivoxil oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BARACLUDE ORAL SOLUTION 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	ST; NDS
<i>entecavir oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EPCLUSA ORAL PACKET 150-37.5 MG, 200-50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
EPCLUSA ORAL TABLET 200-50 MG, 400-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>famciclovir oral tablet 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ganciclovir sodium intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
HARVONI ORAL PACKET 33.75-150 MG, 45-200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HARVONI ORAL TABLET 45-200 MG, 90-400 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>lamivudine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
LIVTENCITY ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (336 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MAVYRET ORAL PACKET 50-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
MAVYRET ORAL TABLET 100-40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (168 cápsulas por ano)
<i>oseltamivir phosphate oral capsule 45 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (84 cápsulas todos os anos)
<i>oseltamivir phosphate oral suspension reconstituted 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1080ml todos os anos)
PAXLOVID (150/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 10 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 2)	QL (40 comprimidos a cada 90 dias); NDS
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 90 dias); NDS
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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
Cefalosporinas		
<i>cefactor oral capsule 250 mg, 500 mg</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, 3 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium intravenous solution reconstituted 2 gm, 3 gm</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution 1-4 gm/50ml-%, 2-4 gm/100ml-%, 3-4 gm/150ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefazolin sodium-dextrose intravenous solution reconstituted 1-4 gm-%(50ml), 2-3 gm-%(50ml)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefdinir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefdinir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefotetan disodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefpodoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)	
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fluoroquinolones		
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin in d5w intravenous solution 200 mg/100ml, 400 mg/200ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin in d5w intravenous solution 250 mg/50ml, 500 mg/100ml, 750 mg/150ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin intravenous solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levofloxacin oral tablet 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl in nacl intravenous solution 400 mg/250ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Penicilinas		
<i>amoxicillin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 200 mg/5ml, 250 mg/5ml, 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet 500 mg, 875 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin oral tablet chewable 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate er oral tablet extended release 12 hour 1000-62.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral suspension reconstituted 200-28.5 mg/5ml, 250-62.5 mg/5ml, 400-57 mg/5ml, 600-42.9 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet 250-125 mg, 500-125 mg, 875-125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 400-57 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nafcillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 2000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g sodium injection solution reconstituted 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin v potassium oral solution reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin v potassium oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PFIZERPEN INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 20000000 UNIT, 5000000 UNIT	\$0 (Nível 1)	
<i>piperacillin sod-tazobactam so intravenous solution reconstituted 13.5 (12-1.5) gm, 2.25 (2-0.25) gm, 3.375 (3-0.375) gm, 4.5 (4-0.5) gm, 40.5 (36-4.5) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
Tetraciclinas		
DOXY 100 INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline hyclate oral tablet 100 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral capsule 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral suspension reconstituted 25 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>doxycycline monohydrate oral tablet 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minocycline hcl oral capsule 100 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUZYRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 14 dias); NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ezetimibe-simvastatin oral tablet 10-10 mg, 10-20 mg, 10-40 mg, 10-80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
NEXLETOL ORAL TABLET 180 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
NEXLIZET ORAL TABLET 180-10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>niacin er (antihyperlipidemic) oral tablet extended release 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>omega-3-acid ethyl esters oral capsule 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	PA
PREVALITE ORAL PACKET 4 GM	\$0 (Nível 1)	
PREVALITE ORAL POWDER 4 GM/DOSE	\$0 (Nível 1)	
REPATHA PUSHTRONEX SYSTEM SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 420 MG/3.5ML	\$0 (Nível 2)	PA
REPATHA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 140 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
REPATHA SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA
VASCEPA ORAL CAPSULE 0.5 GM, 1 GM	\$0 (Nível 2)	
Antilipêmicos, Fibratos		
<i>fenofibrate micronized oral capsule 134 mg, 200 mg, 67 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fenofibrate oral tablet 145 mg, 160 mg, 48 mg, 54 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gemfibrozil oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Inibidores De Hmg-Coa Redutase		
<i>atorvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lovastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pravastatin sodium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rosuvastatin calcium oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>simvastatin oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Bloqueadores Alfa		
<i>doxazosin mesylate oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prazosin hcl oral capsule 1 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terazosin hcl oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores Beta/Combinações Diuréticas		
<i>atenolol-chlorthalidone oral tablet 100-25 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide oral tablet 10-6.25 mg, 2.5-6.25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nimodipine oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIADYLT ER ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG, 360 MG, 420 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral capsule extended release 24 hour 100 mg, 120 mg, 180 mg, 200 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl er oral tablet extended release 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl intravenous solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>verapamil hcl oral tablet 120 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Combinações De Antagonista Do Recetor De Angiotensina li		
<i>amlodipine besylate-valsartan oral tablet 10-160 mg, 10-320 mg, 5-160 mg, 5-320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amlodipine-olmesartan oral tablet 10-20 mg, 10-40 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 16-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil-hctz oral tablet 32-12.5 mg, 32-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ENTRESTO ORAL CAPSULE SPRINKLE 15-16 MG, 6-6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (240 cápsulas a cada 30 dias)
ENTRESTO ORAL TABLET 24-26 MG, 49-51 MG, 97-103 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 150-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan-hydrochlorothiazide oral tablet 300-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium-hctz oral tablet 100-12.5 mg, 100-25 mg, 50-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil-hctz oral tablet 20-12.5 mg, 40-12.5 mg, 40-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan-amlodipine-hctz oral tablet 20-5-12.5 mg, 40-10-12.5 mg, 40-10-25 mg, 40-5-12.5 mg, 40-5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>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)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>valsartan-hydrochlorothiazide oral tablet 160-12.5 mg, 160-25 mg, 320-12.5 mg, 320-25 mg, 80-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Combinações De Inibidores Ace		
<i>amlodipine besy-benazepril hcl oral capsule 10-20 mg, 10-40 mg, 2.5-10 mg, 5-10 mg, 5-20 mg, 5-40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>benazepril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg, 5-6.25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>captopril-hydrochlorothiazide oral tablet 25-15 mg, 25-25 mg, 50-15 mg, 50-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enalapril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-25 mg, 5-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fosinopril sodium-hctz oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lisinopril-hydrochlorothiazide oral tablet 10-12.5 mg, 20-12.5 mg, 20-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diuréticos		
<i>acetazolamide er oral capsule extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>acetazolamide oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiloride-hydrochlorothiazide oral tablet 5-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bumetanide oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorthalidone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral solution 10 mg/ml, 8 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>furosemide oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral capsule 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrochlorothiazide oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>indapamide oral tablet 1.25 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methazolamide oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metolazone oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>spironolactone-hctz oral tablet 25-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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		
<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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (450ml a cada 30 dias)
<i>digoxin injection solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>digoxin oral solution 0.05 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>digoxin oral tablet 125 mcg, 250 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>droxidopa oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>droxidopa oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>epinephrine (anaphylaxis) injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>guanfacine hcl oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydralazine hcl injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydralazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ivabradine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metyrosine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>midodrine hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>minoxidil oral tablet 10 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ranolazine er oral tablet extended release 12 hour 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERQUVO ORAL TABLET 10 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ALYQ ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tadalafil (pah) oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lisinopril oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moexipril hcl oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>perindopril erbumine oral tablet 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinapril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ramipril oral capsule 1.25 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trandolapril oral tablet 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Nitratos		
<i>isosorbide dinitrate oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate er oral tablet extended release 24 hour 120 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isosorbide mononitrate oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NITRO-BID TRANSDERMAL OINTMENT 2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>nitroglycerin sublingual tablet sublingual 0.3 mg, 0.4 mg, 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin transdermal patch 24 hour 0.1 mg/hr, 0.2 mg/hr, 0.4 mg/hr, 0.6 mg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nitroglycerin translingual solution 0.4 mg/spray</i>	\$0 (Nível 1)	
DIVERSOS		
Diversos		
<i>1st base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM H-COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ARBEM LIOPEN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>az cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BASE PCCA CLARIFYING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CLEODERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>emollient base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrous emulsified base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>microderm base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSOME BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>oral suspend oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD SWEETENED ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ORAPENN SD ANHYD UNSWEETEN ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ORA-PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
PCCA BASE 7542 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PFCB EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE ANTIOXIDANT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE COSMETIC NATURAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE LIGHT EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHARMABASE VAGINAL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc petroleum jelly external gel 99.89 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>scar care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm alcohol solution 70 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYRSPEND SF ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
U-BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VANIBASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vanishing cream botanical base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>versatile cream base external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VERSIGEL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>white petroleum jelly external gel</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wound care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XCEL 100 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
ENDÓCRINO E METABÓLICO		
Agentes Da Tireoide		
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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	
ZEGALOGUE SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 0.6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>deferasirox oral tablet soluble 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KIONEX COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
LOKELMA ORAL PACKET 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>penicillamine oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>sodium polystyrene sulfonate oral powder</i>	\$0 (Nível 1)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) COMBINATION SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
SPS (SODIUM POLYSTYRENE SULF) RECTAL SUSPENSION 30 GM/120ML	\$0 (Nível 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Andrógenos		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA
<i>methyltestosterone oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>testosterone cypionate intramuscular solution 100 mg/ml, 200 mg/ml, 200 mg/ml (1 ml)</i>	\$0 (Nível 1)	PA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300 gramas a cada 30 dias)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (150 gramas a cada 30 dias)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO ORAL TABLET 2.5-1000 MG, 2.5-500 MG, 2.5-850 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JENTADUETO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl er oral tablet extended release 24 hour 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (75 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>metformin hcl oral tablet 850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MOUNJARO SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 10 MG/0.5ML, 12.5 MG/0.5ML, 15 MG/0.5ML, 2.5 MG/0.5ML, 5 MG/0.5ML, 7.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
<i>nateglinide oral tablet 120 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OZEMPIC (0.25 OR 0.5 MG/DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 2 MG/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>pioglitazone hcl-metformin hcl oral tablet 15-500 mg, 15-850 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>repaglinide oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
RYBELSUS ORAL TABLET 14 MG, 3 MG, 7 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 12.5-1000 MG, 12.5-500 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY ORAL TABLET 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 12.5-1000 MG, 5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
SYNJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRADJENTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-5-1000 MG, 25-5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
TRIJARDY XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12.5-2.5-1000 MG, 5-2.5-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
TRULICITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-1000 MG, 10-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
XIGDUO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 2.5-1000 MG, 5-1000 MG, 5-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Antidiabéticos, Insulinas		
ADMELOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
ADMELOG SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
ASSURE ID INSULIN SAFETY SYR 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	PA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nível 2)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
CEQR SIMPLICITY 2U DEVICE	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 pensos a cada 24 dias)
CEQR SIMPLICITY INSERTER	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 insertores por ano)
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	PA
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nível 2)	PA
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nível 2)	PA
FIASP FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN N SUBCUTANEOUS SUSPENSION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN R FLEXPEN INJECTION SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLIN R INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG FLEXPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
NOVOLOG PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO GEN 5 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS GEN 5	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6 PODS	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	PA
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)	
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 30 dias)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>aimsco lubricated</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ALTAVERA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 1/35 oral tablet 1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>alyacen 7/7/7 oral tablet 0.5/0.75/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AMETHYST ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CRYSSELLE-28 ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
CYRED EQ ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DASETTA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
DAYSEE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
DEBLITANE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
DEPO-SUBQ PROVERA 104 SUBCUTANEOUS SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 104 MG/0.65ML	\$0 (Nível 2)	
<i>desogestrel-ethinyl estradiol oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nível 1)	
DOLISHALE ORAL TABLET 90-20 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.02-0.451 mg, 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DUREX REALFEEL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
ELINEST ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ELURYNG VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
EMZAHH ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ENILLORING VAGINAL RING 0.12-0.015 MG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ENPRESSE-28 ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
ENSKYCE ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ERRIN ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
ESTARYLLA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>ethynodiol diac-eth estradiol oral tablet 1-35 mg-mcg, 1-50 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>etonogestrel-ethinyl estradiol vaginal ring 0.12-0.015 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
FALMINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
FANTASY LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
FANTASY LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
FC2 FEMALE CONDOM	\$0 (Nível 3)	DP
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)	
<i>kimono</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO COLORS DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO MAXX-LARGE FLARE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono micro thin</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono micro thin plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono sensation</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kimono sensation plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KIMONO SPECIAL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
KURVELO ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg, 90-20 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LILETTA (52 MG) INTRAUTERINE INTRAUTERINE DEVICE 20.1 MCG/DAY	\$0 (Nível 2)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1/20 (21) ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
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>maxx</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxx plus</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension 150 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate intramuscular suspension prefilled syringe 150 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
MIBELAS 24 FE ORAL TABLET CHEWABLE 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NEXPLANON SUBCUTANEOUS IMPLANT 68 MG	\$0 (Nível 2)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>norelgestromin-eth estradiol transdermal patch weekly 150-35 mcg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin ace-eth estrad-fe oral tablet 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)	
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)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
REALITY LATEX CONDOMS	\$0 (Nível 3)	DP
RECLIPSEN ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
RIVELSA ORAL TABLET 42-21-21-7 DAYS	\$0 (Nível 1)	
SETLAKIN ORAL TABLET 0.15-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
SHAROBEL ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
SIMLIYA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
SIMPESSE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
SPRINTEC 28 ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SRONYX ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
SYEDA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
TARINA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
TARINA FE 1/20 EQ ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TILIA FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LEGEST FE ORAL TABLET 1-20/1-30/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LINYAH ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-ESTARYLLA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-MARZIA ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-LO-SPRINTEC ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-25 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-MILI ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
TRI-NYMYO ORAL TABLET 0.18/0.215/0.25 MG-35 MCG	\$0 (Nível 1)	
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)	
TRUSTEX LUB/RIBBED/STUDED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX ST	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRUSTEX LUBRICATED EX LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED EXTRA ST	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX LUBRICATED/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX NON-LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	\$0 (Nível 3)	DP
TRUSTEX-NONOXYNOL-9/RIB/STUD	\$0 (Nível 3)	DP
TURQOZ ORAL TABLET 0.3-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
TYDEMY ORAL TABLET 3-0.03-0.451 MG	\$0 (Nível 1)	
VELIVET ORAL TABLET 0.1/0.125/0.15 -0.025 MG	\$0 (Nível 1)	
VESTURA ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
VIENVA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>viorele oral tablet 0.15-0.02/0.01 mg (21/5)</i>	\$0 (Nível 1)	
VYFEMLA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
VYLIBRA ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WERA ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
WYMZYA FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
XULANE TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZAFEMY TRANSDERMAL PATCH WEEKLY 150-35 MCG/24HR	\$0 (Nível 1)	
ZOVIA 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ZUMANDIMINE ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
ALDURAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 2.9 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>cinacalcet hcl oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CVS KETONE CARE IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTAGON ORAL CAPSULE 150 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG	\$0 (Nível 2)	PA
GENOTROPIN MINIQUICK SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gml/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>mifepristone oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gmltsp</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VEOZAH ORAL TABLET 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA
Estrogénios		
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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone sod suc (pf) injection solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone oral solution 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 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)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl er oral tablet extended release 24 hour 75 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diethylpropion hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>orlistat oral capsule 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phendimetrazine tartrate oral tablet 35 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral capsule 15 mg, 30 mg, 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phentermine hcl oral tablet 37.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
QSYMIA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 11.25-69 MG, 15-92 MG, 3.75-23 MG, 7.5-46 MG	\$0 (Nível 3)	DP
XENICAL ORAL CAPSULE 120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Progestinos		
GALLIFREY ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>medroxyprogesterone acetate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>megestrol acetate oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>megestrol acetate oral suspension 625 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>norethindrone acetate oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>progesterone oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Reguladores De Cálcio		
<i>alendronate sodium oral solution 70 mg/75ml</i>	\$0 (Nível 1)	ST
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/lact</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 dias)
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST
<i>teriparatide subcutaneous solution pen-injector 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 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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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 1200-1200-120 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid & antigas oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid calcium oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid calcium rich oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml, 800-800-80 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</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>calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral suspension 1250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft antacid & antigas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft antacid regular strength oral tablet chewable 500 mg</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 1200-1200-120 mg/30ml, 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-mox oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid & anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antacid regular strength oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>goodsense advanced antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense antacid & gas relief oral suspension 400-400-40 mg/10ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHY MAMA TAME THE FLAME ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium-aluminum-simethicone oral suspension 2400-2400-240 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAOX ORAL TABLET 420 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX ORAL SUSPENSION 200-200-20 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MYLANTA MAXIMUM STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc antacid/anti-gas oral suspension 200-200-20 mg/5ml, 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUMS ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismuth oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismuth subsalicylate oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diamode oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stomach relief oral suspension 525 mg/30ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stomach relief oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>metoclopramide hcl injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoclopramide hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoclopramide hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution 4 mg/2ml, 40 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl injection solution prefilled syringe 4 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ondansetron hcl oral solution 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ondansetron hcl oral tablet 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ondansetron oral tablet dispersible 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>prochlorperazine edisylate injection solution 10 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prochlorperazine maleate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prochlorperazine rectal suppository 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>promethazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>promethazine hcl oral solution 6.25 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>promethazine hcl oral tablet 12.5 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>scopolamine transdermal patch 72 hour 1 mg/3days</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (10 pensos a cada 30 dias)
Antispasmódicos		
<i>dicyclomine hcl oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dicyclomine hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dicyclomine hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>glycopyrrolate oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glycopyrrolate oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>alosetron hcl oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>alosetron hcl oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nível 2)	
<i>cromolyn sodium oral concentrate 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diphenoxylate-atropine oral liquid 2.5-0.025 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>diphenoxylate-atropine oral tablet 2.5-0.025 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>ft gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ft gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml, 40 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gas relief ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X EXTRA STRENGTH ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GAS-X ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nível 3)	DP
GATTEX SUBCUTANEOUS KIT 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>gnp anti-gas oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief extra strength oral tablet chewable 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gas relief oral tablet chewable 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infant gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>infants gas relief oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LINZESS ORAL CAPSULE 145 MCG, 290 MCG, 72 MCG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>loperamide hcl oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>misoprostol oral tablet 100 mcg, 200 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
MOVANTIK ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYLICON INFANTS GAS RELIEF ORAL SUSPENSION 20 MG/0.3ML	\$0 (Nível 3)	DP
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
PHAZYME ULTRA STRENGTH ORAL CAPSULE 180 MG	\$0 (Nível 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>simethicone drops infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>simethicone oral capsule 125 mg, 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>simethicone oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>simethicone ultra strength oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gas relief oral capsule 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm gas relief oral tablet chewable 125 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sucrafate oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>teeny tummy gas relief drops oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VOWST ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZENPEP ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 10000-32000 UNIT, 15000-47000 UNIT, 20000-63000 UNIT, 25000-79000 UNIT, 3000-10000 UNIT, 40000-126000 UNIT, 5000-24000 UNIT, 60000-189600 UNIT	\$0 (Nível 2)	
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1680ml a cada 28 dias)
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 supositórios a cada 30 dias)
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (28 frascos a cada 28 dias)
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Inibidores Da Bomba De Protões		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE 2-IN-1 ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>constulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>docusate calcium oral capsule 240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate mini rectal enema 283 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>docusate sodium oral liquid 100 mg/10ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dss oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ KIDS MINI ENEMA RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EVAC ORAL POWDER	\$0 (Nível 3)	DP
EVAC-U-GEN ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber laxative + calcium oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft clearlax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft fiber laxative oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ft senna laxatives oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft stool softener oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gavilax oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nível 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nível 1)	
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 420 GM	\$0 (Nível 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentlelax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-kot oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm, 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp fiber-caps oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin (adult) rectal suppository 2.1 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp glycerin child rectal suppository 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp natural fiber oral powder 28.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp senna lax oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener ex st oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp stool softener oral capsule 100 mg, 240 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp womens gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense bisacodyl laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp bisacodyl oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lactulose encephalopathy oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lactulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>laxative max str oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>laxative regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml, 2400 mg/30ml, 400 mg/5ml, 7.75 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIRALAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf oral solution 17.5-3.13-1.6 gm/177ml, 17.5-3.13-1.6 gm/177ml 2 pack (480ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>natural psyllium seed oral powder 100 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX DOCUSATE SODIUM ORAL LIQUID 50 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ONELAX SENNA ORAL SYRUP 8.8 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX ORAL LIQUID 50 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
PEDIA-LAX RECTAL SUPPOSITORY 2.8 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>peg 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl oral solution reconstituted 420 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>peg-3350/electrolytes oral solution reconstituted 236 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
PLENVU ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 140 GM	\$0 (Nível 2)	
<i>polyethylene glycol 3350 oral packet 17 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyethylene glycol 3350 oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>psyllium fiber oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc enema rectal enema 16-6 gm/133ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc fiber laxative oral capsule 0.52 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mineral oil heavy oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc psyllium fiber oral powder 43 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc vegetable laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL CAPSULE 400 MG	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb milk of magnesia oral suspension 400 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senexon-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral capsule 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral liquid 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral syrup 8.8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna plus oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>senna s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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
SEKOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 MG	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SENOKOT ORAL TABLET 8.6 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SENOKOT S ORAL TABLET 8.6-50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber oral powder 28.3 %, 43 %, 58.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fiber powder oral powder 25 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm senna laxative oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm senna-s oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stimulant laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener laxative oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener oral capsule 100 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener/laxative oral tablet 50-8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THE MAGIC BULLET RECTAL SUPPOSITORY 10 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-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 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</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 1 vaginal kit 1200 & 2 mg & %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 3 combo-supp vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>miconazole nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MONISTAT 1 DAY OR NIGHT VAGINAL KIT 1200 & 2 MG & %	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 200 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 3 VAGINAL CREAM 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 SIMPLY CURE VAGINAL CREAM 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc 3 day vaginal cream 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc clotrimazole vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 3-day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm clotrimazole vaginal vaginal cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 applicator vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 3 vaginal kit 200 & 2 mg-% (9gm)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm miconazole 7 vaginal suppository 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terconazole vaginal cream 0.4 %, 0.8 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>terconazole vaginal suppository 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antispasmódicos		
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (300ml a cada 28 dias)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>solifenacin succinate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate er oral capsule extended release 24 hour 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>tolterodine tartrate oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tropium chloride oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetic acid irrigation solution 0.25 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bethanechol chloride oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium citrate er oral tablet extended release 10 meq (1080 mg), 15 meq (1620 mg), 5 meq (540 mg)</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Hiperplasia Prostática Benigna		
<i>alfuzosin hcl er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dutasteride oral capsule 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dutasteride-tamsulosin hcl oral capsule 0.5-0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>finasteride oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tadalafil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 110 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dabigatran etexilate mesylate oral capsule 150 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sodium (porcine) injection solution 1000 unit/ml, 10000 unit/ml, 20000 unit/ml, 5000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>heparin sodium (porcine) pf injection solution 1000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
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)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>anagrelide hcl oral capsule 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BERINERT INTRAVENOUS KIT 500 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 ampolas a cada 30 dias); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (20 ampolas a cada 30 dias); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution prefilled syringe 30 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>l-glutamine oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>pentoxifylline er oral tablet extended release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
TAVNEOS ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
FULPHILA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Ferro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRATX ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow-release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nível 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nível 3)	PA; DP
<i>ferocon oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FEROSUL ORAL TABLET 325 (65 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERRALET 90 ORAL TABLET 90-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferretts oral tablet 325 (106 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferric x-150 oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERRLECIT INTRAVENOUS SOLUTION 12.5 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous fumarate oral tablet 29 mg, 324 (106 fe) mg, 324 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate er oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml, 300 mg/6.8ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 324 mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLITAB 500 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 105-500-0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIVANE-F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIVANE-PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
FUSION ORAL CAPSULE 65-65-25-30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FUSION PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATEX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hematinic/folic acid oral tablet 324-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
HEMATOGEN FORTE ORAL CAPSULE 460-60-0.01-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ICAR ORAL SUSPENSION 15 MG/1.25ML	\$0 (Nível 3)	DP
IFEREX 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron folate plus oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron folate-f oral capsule 125-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron slow release oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron supplement oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IRON UP ORAL LIQUID 15 MG/0.5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous gluconate oral tablet 324 (37.5 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONOFERRIC INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN ORAL TABLET 70 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MULTIGEN PLUS ORAL TABLET 50-101-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>na ferric gluc cplx in sucrose intravenous solution 12.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRON FA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NIFEREX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM 50 ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ONE VITE FERROUS SULFATE ORAL SOLUTION 220 (44 FE) MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra high potency iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra iron oral tablet 27 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>se-tan plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SLOW FE ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg, 45 mg, 47.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm iron slow release oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release dried iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm slow release iron oral tablet extended release 45 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sv iron oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM ORAL CAPSULE 53-53 MG	\$0 (Nível 3)	DP
TANDEM PLUS ORAL CAPSULE 162-115.2-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
TRICON ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
VITRON-C ORAL TABLET 65-125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>wee care oral suspension 15 mg/1.25ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Inibidores De Agregação De Plaquetas		
<i>aspirin-dipyridamole er oral capsule extended release 12 hour 25-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BRILINTA ORAL TABLET 60 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>clopidogrel bisulfate oral tablet 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dipyridamole oral tablet 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>prasugrel hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
OFTALMOLÓGICO		
Antialérgicos		
<i>azelastine hcl ophthalmic solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cromolyn sodium ophthalmic solution 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NAPHCN-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
Antiglaucoma		
<i>betaxolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BETOPTIC-S OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
<i>brimonidine tartrate ophthalmic solution 0.15 %, 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>brinzolamide ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carteolol hcl ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
COMBIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.2-0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dorzolamide hcl ophthalmic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dorzolamide hcl-timolol mal ophthalmic solution 2-0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nível 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nível 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nível 2)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BESIVANCE OPHTHALMIC SUSPENSION 0.6 %	\$0 (Nível 2)	
CILOXAN OPHTHALMIC OINTMENT 0.3 %	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ophthalmic ointment 5 mg/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gatifloxacin ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentamicin sulfate ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>moxifloxacin hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12ml a cada 30 dias)
<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)	
XDEMY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ketorolac tromethamine ophthalmic solution 0.4 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LOTEMAX OPHTHALMIC OINTMENT 0.5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>loteprednol etabonate ophthalmic suspension 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>prednisolone acetate ophthalmic suspension 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>prednisolone sodium phosphate ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>artificial tears ophthalmic solution , 0.2-0.2-1 %, 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 2)	
BION TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sod pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic gel 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>carboxymethylcellulose sodium ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLEAR EYES NATURAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 5-6 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>dry eye relief drops ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
GENTEAL SEVERE OPHTHALMIC GEL 0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS MODERATE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.2-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.1-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
GENTEAL TEARS SEVERE DAY/NIGHT OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense artificial tears ophthalmic solution 0.5-0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense ultra lubricant drop ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops (pf) ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %, 0.6 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops pf ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MIEBO OPHTHALMIC SOLUTION 1.338 GM/ML	\$0 (Nível 2)	
MURO 128 OPHTHALMIC OINTMENT 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
MURO 128 OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polyvinyl alcohol ophthalmic solution 1.4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>proparacaine hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>qc artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH DIGITAL OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH DIGITAL PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH LIQUIGEL OPHTHALMIC GEL 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPHTHALMIC SOLUTION 1.4-0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE ADVANCED PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE MEGA-3 OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-1-0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC GEL 1-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH OPTIVE PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH PLUS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH RELIEVA OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH RELIEVA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.9 %	\$0 (Nível 3)	DP
REFRESH TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
RESTASIS MULTIDOSE OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nível 2)	
RESTASIS OPHTHALMIC EMULSION 0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>sm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating plus ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic ointment 5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sodium chloride (hypertonic) ophthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SOOTHE XP OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
SOOTHE XP XTRA PROTECTION OPHTHALMIC SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
STYE OPHTHALMIC SOLUTION 0.5-0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE HYDRATION PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC GEL 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE PRESERVATIVE FREE OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE ULTRA PF OPHTHALMIC SOLUTION 0.4-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
THERATEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA FRESH OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra lubricating eye drops pf ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
XIIDRA OPHTHALMIC SOLUTION 5 %	\$0 (Nível 2)	
ÓTICO		
Agentes Óticos		
<i>acetic acid otic solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ciprofloxacin-dexamethasone otic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
FLAC OTIC OIL 0.01 %	\$0 (Nível 1)	
<i>fluocinolone acetonide 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)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>albuterol sulfate inhalation nebulization solution (2.5 mg/3ml) 0.083%, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/3ml, 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>albuterol sulfate oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>albuterol sulfate oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levalbuterol hcl inhalation nebulization solution 0.31 mg/3ml, 0.63 mg/3ml, 1.25 mg/0.5ml, 1.25 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levalbuterol tartrate inhalation aerosol 45 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (2 inaladores a cada 30 dias)
SEREVENT DISKUS INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
<i>terbutaline sulfate oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
VENTOLIN HFA AEROSOL SOLUTION 108 (90 BASE) MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores a cada 30 dias)
Anticolinérgicos		
ATROVENT HFA INHALATION AEROSOL SOLUTION 17 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
INCRUSE ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 placas de comprimidos a cada 30 dias)
<i>ipratropium bromide inhalation solution 0.02 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ipratropium bromide nasal solution 0.03 %, 0.06 %</i>	\$0 (Nível 1)	
Anti-Histamínicos		
<i>12hr allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>24hr allergy relief oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aler-cap oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief (loratadine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief cetirizine oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 180 mg, 25 mg, 4 mg, 5 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>azelastine hcl nasal solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BANOPHEN ORAL CAPSULE 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl allergy child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl childrens 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 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>cetirizine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine hcl oral tablet chewable 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chlorhist oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chlorpheniramine maleate oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete allergy medicine oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>complete allergy relief oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyproheptadine hcl oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>cyproheptadine hcl oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>diphenhydramine hcl childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diphenhydramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diphenhydramine hcl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed chlorped jr oral syrup 2 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy 24 hour oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief 12 hour oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief 24 hour oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief oral tablet 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>geri-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-dryl oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy childrens oral solution 1 mg/ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense allergy relief child oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydroxyzine hcl intramuscular solution 25 mg/ml, 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral syrup 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>hydroxyzine pamoate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>levocetirizine dihydrochloride oral solution 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>levocetirizine dihydrochloride tablet 5 mg oral (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>liquid allergy relief oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loradamed oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MAXALLERGY KIDS ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbechlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharbedryl oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm allergy relief oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm childrens loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine allergy relief oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>total allergy oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
WAL-DRYL ALLERGY ORAL LIQUID 12.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
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)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Combinações Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
AIRSUPRA INHALATION AEROSOL 90-80 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 50-25 MCG/INH	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
BREYNA INHALATION AEROSOL 160-4.5 MCG/ACT, 80-4.5 MCG/ACT	\$0 (Nível 1)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
<i>budesonide-formoterol fumarate inhalation aerosol 160-4.5 mcg/act, 80-4.5 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
DULERA INHALATION AEROSOL 100-5 MCG/ACT, 200-5 MCG/ACT, 50-5 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
<i>fluticasone-salmeterol inhalation aerosol powder breath activated 100-50 mcg/act, 250-50 mcg/act, 500-50 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
WIXELA INHUB INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-50 MCG/ACT, 250-50 MCG/ACT, 500-50 MCG/ACT	\$0 (Nível 1)	QL (60 inalações a cada 30 dias)
Diversos		
<i>acetylcysteine inhalation solution 10 %, 20 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AEROCHAMBER MINI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER MV	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLS FLOVU MTHPIECE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU INTERM DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLOW VU	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER W/FLOWSIGNAL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS CHAMBR	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER Z-STAT PLUS/SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROVENT PLUS DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
ARALAST NP INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BREATHERITE VALVED MDI CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (560 cápsulas a cada 28 dias); NDS
CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/LG MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/MED MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
COMPACT SPACE CHAMBER/SM MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cromolyn sodium inhalation nebulization solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cromolyn sodium nasal aerosol solution 5.2 mg/act</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
EASIVENT MASK SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
<i>epinephrine injection solution 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epinephrine injection solution auto-injector 0.15 mg/0.15ml, 0.15 mg/0.3ml, 0.3 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>eq space chamber anti-static device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static l device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static m device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq space chamber anti-static s device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FASENRA PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIREASE	\$0 (Nível 3)	DP
KALYDECO ORAL PACKET 13.4 MG, 25 MG, 5.8 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MICROCHAMBER	\$0 (Nível 3)	DP
MICROCHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
MICROSPACER	\$0 (Nível 3)	DP
<i>neti pot sinus wash nasal kit 2300-700 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OFEV ORAL CAPSULE 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OPTICHAMBER DIAMOND	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-LG MASK DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
OPTICHAMBER DIAMOND-MD MASK	\$0 (Nível 3)	DP
OPTICHAMBER DIAMOND-SM MASK	\$0 (Nível 3)	DP
ORKAMBI ORAL PACKET 100-125 MG, 150-188 MG, 75-94 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
POCKET CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
POCKET SPACER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer adult</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer child</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pro comfort spacer infant device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>procare spacer/adult mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>procare spacer/child mask device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PROLASTIN-C INTRAVENOUS SOLUTION 1000 MG/20ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PULMOZYME INHALATION SOLUTION 2.5 MG/2.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>pure comfort spacer chamber device</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RITEFLO DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>roflumilast oral tablet 250 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (56 comprimidos por ano)
<i>roflumilast oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
SYMDEKO ORAL TABLET THERAPY PACK 100-150 & 150 MG, 50-75 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>theophylline er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral elixir 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>theophylline oral solution 80 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TRIKAFTA ORAL TABLET THERAPY PACK 100-50-75 & 150 MG, 50-25-37.5 & 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/CHILD DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
VORTEX HOLD CHMBR/MASK/TODDLER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 seringas a cada 28 dias); NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 ampolas a cada 28 dias); NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Esteróides Inalantes		
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 160 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
ALVESCO INHALATION AEROSOL SOLUTION 80 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (3 inaladores a cada 30 dias)
ARNUITY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100 MCG/ACT, 200 MCG/ACT, 50 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (30 inalações a cada 30 dias)
<i>budesonide inhalation suspension 0.25 mg/2ml, 0.5 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Esteróides Nasais		
<i>flunisolide nasal solution 25 mcg/act (0.025%)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 frascos a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate nasal suspension 50 mcg/act</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1 frasco a cada 30 dias)
XHANCE NASAL EXHALER SUSPENSION 93 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (32ml a cada 30 dias)
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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>all day allergy d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d-12 oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief d-24 oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief/nasal decongest oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy/congestion relief oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aquanaz oral tablet 10-15-400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens mucus relief cough oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coditussin ac oral liquid 200-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coditussin dac oral liquid 30-10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DECONEX IR ORAL TABLET 10-385 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM CGH/CHEST CONG DM CHILD ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH CHILDRENS ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM COUGH/CHEST CONGEST DM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DELSYM ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan hbr oral capsule 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan polistirex er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>dextromethorphan-guaifenesin oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ed-a-hist dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft 12 hour cough relief oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft allergy relief-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mucus relief 12hr oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft nasal decongestant max str oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft tussin adult oral liquid 200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft tussin cf adult oral liquid 10-20-200 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>geri-tussin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy & congestion oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy/congestion relief oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cough dm er oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mucus er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal four spray nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cf cough & cold oral syrup 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin cough long acting oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm cough oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tussin mucus & chest cong oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus relief child oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense tussin dm oral liquid 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-codeine oral solution 100-10 mg/5ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>guaifenesin-dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL TABLET 5-1.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er oral suspension extended release 10-8 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocodone bit-homatrop mbr oral tablet 5-1.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydromet oral solution 5-1.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KLS ALLERCLEAR D-24HR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 10-240 MG	\$0 (Nível 3)	DP
KLS ALLER-TEC D ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 5-120 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
MAXIFED ORAL TABLET 60-360 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss ac oral solution 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss cd oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss g oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maxi-tuss gmx oral liquid 10-200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COLD CHILDRENS ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COUGH & CONGEST CHILD ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX COUGH CHILDRENS ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX DM ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 30-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CHEST CONG MS ORAL LIQUID 400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL LIQUID 2.5-5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX CONGEST COUGH ORAL TABLET 5-10-200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX FAST-MAX DM MAX ORAL LIQUID 20-400 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 1200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR & COOL NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX SINUS-MAX SINUS/ALLRGY NASAL SOLUTION 0.05 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief cough childrens oral liquid 5-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief dm oral tablet extended release 12 hour 30-600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief max st oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe max st oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal decongestant spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal four nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nasal 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
NIVANEX DMX ORAL TABLET 10-15-380 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nohist-dm oral liquid 10-4-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>poly-tussin ac oral liquid 10-4-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-VENT IR ORAL TABLET 60-380 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine vcl/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoeph-bromphen-dm oral syrup 30-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl er oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pseudoephedrine hcl oral tablet 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc loratadine-d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief er oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc nasal decongestant pe oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc suphedrine maximum strength oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc tussin expectorant adult oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc vapor inhaler inhalation inhaler 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>robafen cf multi-symptom cold oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb 12hr nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb cough control oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb coughtab oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus relief extra strength nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy-d oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine d 12hr oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml, 20-200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm max oral liquid 20-400 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin mucus+chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride inhalation nebulization solution 7 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL DM ORAL LIQUID 10-20-400 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 2.5-5-75 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL ORAL LIQUID 30-15-200 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL PEDIATRIC ORAL LIQUID 15-5-50 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-DM PEDIATRIC ORAL LIQUID 7.5-2.5-25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL-EX ORAL LIQUID 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin cough oral syrup 15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm cough + chest oral liquid 20-400 mg/20ml, 200-20 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral liquid 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin dm oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus & chest congest oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tussin mucus+chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VANACOF DM ORAL LIQUID 10-18-200 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
VANATAB DM ORAL TABLET 5-9-198 MG	\$0 (Nível 3)	DP

SISTEMA NERVOSO CENTRAL

APTIOM ORAL TABLET 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
APTIOM ORAL TABLET 600 MG, 800 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
BRIVIACT ORAL TABLET 10 MG, 100 MG, 25 MG, 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>carbamazepine er oral capsule extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (240ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
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 1)	
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (720ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 cápsulas a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
LIBERVANT BUCCAL FILM 10 MG, 12.5 MG, 15 MG, 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (10 películas orais a cada 30 dias)
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 unidades nasais a cada 30 dias)
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenobarbital oral elixir 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1500ml a cada 30 dias)
<i>phenobarbital oral tablet 100 mg, 15 mg, 16.2 mg, 30 mg, 32.4 mg, 60 mg, 64.8 mg, 97.2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
PHENYTEK ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin oral tablet chewable 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pregabalin oral capsule 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral capsule 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>pregabalin oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>primidone oral tablet 125 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ROWEEPRA ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>rufinamide oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2400ml a cada 30 dias); NDS
<i>rufinamide oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rufinamide oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 250 MG	\$0 (Nível 2)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
SPRITAM ORAL TABLET DISINTEGRATING SOLUBLE 750 MG	\$0 (Nível 2)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SUBVENITE ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	
SYMPAZAN ORAL FILM 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 películas a cada 30 dias); NDS
<i>tiagabine hcl oral tablet 12 mg, 16 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral capsule sprinkle 15 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>topiramate oral tablet 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproic acid oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
VALTOCO 10 MG DOSE NASAL LIQUID 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	QL (10 placas de comprimidos a cada 30 dias)
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGAFYDE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 100 & 150 MG	\$0 (Nível 2)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 150 & 200 MG	\$0 (Nível 2)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XCOPRI ORAL TABLET 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X200 MG, 14 X 50 MG & 14 X100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
Agentes Antiparkinsonianos		
<i>amantadine hcl oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amantadine hcl oral solution 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>benztropine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>benztropine mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>bromocriptine mesylate oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bromocriptine mesylate oral tablet 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
Agentes De Terapia Musculosquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>baclofen oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>carisoprodol oral tablet 350 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cyclobenzaprine hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dantrolene sodium oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methocarbamol oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methocarbamol oral tablet 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tizanidine hcl oral tablet 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Anti-Ansiedade		
<i>alprazolam oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buspirone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluvoxamine maleate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lorazepam injection solution 2 mg/ml, 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
LORAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 2 MG/ML	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150ml a cada 30 dias)
<i>lorazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 comprimidos a cada 30 dias)
Antidemência		
<i>donepezil hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>donepezil hcl oral tablet dispersible 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide er oral capsule extended release 24 hour 16 mg, 24 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (200ml a cada 30 dias)
<i>galantamine hydrobromide oral tablet 12 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>memantine hcl er oral capsule extended release 24 hour 14 mg, 21 mg, 28 mg, 7 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 10 mg, 28 x 5 mg & 21 x 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl-donepezil hcl oral capsule extended release 24 hour 14-10 mg, 28-10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nível 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 pensos a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (xl) oral tablet extended release 24 hour 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl oral tablet 100 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>citalopram hydrobromide oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clomipramine hcl oral capsule 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>desipramine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>desvenlafaxine succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
FETZIMA TITRATION ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 20 & 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos)
<i>fluoxetine hcl oral capsule 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluoxetine hcl oral solution 20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imipramine hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
MARPLAN ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mirtazapine oral tablet 15 mg, 30 mg, 45 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>vilazodone hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 cápsulas a cada 14 dias); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 cápsulas a cada 14 dias); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY ASIMTUFII INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 720 MG/2.4ML, 960 MG/3.2ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 56 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 28 dias); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
COBENFY ORAL CAPSULE 100-20 MG, 125-30 MG, 50-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
COBENFY STARTER PACK ORAL CAPSULE THERAPY PACK 50-20 & 100-20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
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; QL (2 pacotes todos os anos)
<i>fluphenazine decanoate injection solution 25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl injection solution 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral concentrate 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral elixir 2.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluphenazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol decanoate intramuscular solution 100 mg/ml, 100 mg/ml 1 ml, 50 mg/ml, 50 mg/ml(1ml)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol lactate oral concentrate 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>haloperidol oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 10 mg, 2 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>quetiapine fumarate oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate oral tablet 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
REXULTI ORAL TABLET 0.25 MG, 0.5 MG, 1 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
REXULTI ORAL TABLET 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 injeções a cada 28 dias)
<i>risperidone microspheres er intramuscular suspension reconstituted er 37.5 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (2 injeções a cada 28 dias); NDS
<i>risperidone oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240ml a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risperidone oral tablet dispersible 0.25 mg, 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>thioridazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>thiothixene oral capsule 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluoperazine hcl oral tablet 1 mg, 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VERSACLOZ ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 1.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VRAYLAR ORAL CAPSULE 3 MG, 4.5 MG, 6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>ziprasidone hcl oral capsule 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>ziprasidone mesylate intramuscular solution reconstituted 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (6 injeções a cada 3 dias)
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 18 MG, 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 30 MG, 36 MG, 42 MG, 48 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR PATIENT TITRATION ORAL TABLET EXTENDED RELEASE THERAPY PACK 12 & 18 & 24 & 30 MG, 6 & 12 & 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 pacotes todos os anos); NDS
<i>lithium carbonate er oral tablet extended release 300 mg, 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium carbonate oral capsule 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium carbonate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lithium oral solution 8 meq/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
NUEDEXTA ORAL CAPSULE 20-10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8ml a cada 30 dias); NDS
EMGALITY (300 MG DOSE) SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 seringas a cada 30 dias)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 120 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 30 dias)
EMGALITY SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 120 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 30 dias)
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (40 comprimidos a cada 28 dias)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)
QULIPTA ORAL TABLET 10 MG, 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)
<i>rizatriptan benzoate oral tablet dispersible 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (18 comprimidos a cada 30 dias)

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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; QL (16 canetas a cada 365 dias); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>modafinil oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>modafinil oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sodium oxybate oral solution 500 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (540ml a cada 30 dias); NDS
Non-Frf		
<i>diazepam injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gabapentin oral solution 300 mg/6ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide intravenous solution 200 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam in nacl intravenous solution 1000 mg/100ml, 1500 mg/100ml, 500 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam intravenous solution 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenobarbital sodium injection solution 130 mg/ml, 65 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>phenytoin sodium extended oral capsule 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>phenytoin sodium injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
Psicoterapêutico – Diversos		
<i>acamprosate calcium oral tablet delayed release 333 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>buprenorphine hcl sublingual tablet sublingual 2 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ft nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief nighttime oral tablet 250-250-38 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense nicotine mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>naloxone hcl injection solution 0.4 mg/ml, 4 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl injection solution cartridge 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl injection solution prefilled syringe 0.4 mg/ml, 2 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naloxone hcl nasal liquid 4 mg/0.1ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naltrexone hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NICODERM CQ TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 14 MG/24HR, 21 MG/24HR, 7 MG/24HR	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE MINI MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE MOUTH/THROAT LOZENGE 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
NICORETTE STARTER KIT MOUTH/THROAT GUM 2 MG, 4 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mini mouth/throat lozenge 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat gum 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine polacrilex mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 1 transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotine step 2 transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc nicotine transdermal system transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat gum 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine mouth/throat lozeng e 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 lozeng e 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nicotine transdermal patch 24 hour 14 mg/24hr, 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>varenicline tartrate (starter) oral tablet therapy pack 0.5 mg x 11 & 1 mg x 42</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2 pacotes todos os anos)
<i>varenicline tartrate oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 1 mg (56 pack)</i>	\$0 (Nível 1)	QL (56 comprimidos a cada 28 dias)
VIVITROL INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 380 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Transtorno De Hiperatividade E Défice De Atenção		
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral capsule extended release 24 hour 10 mg, 15 mg, 20 mg, 25 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 10 mg, 12.5 mg, 15 mg, 30 mg, 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>amphetamine-dextroamphetamine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 10 mg, 18 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 100 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>atomoxetine hcl oral capsule 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>dexmethylphenidate hcl oral tablet 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 1 mg, 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>guanfacine hcl er oral tablet extended release 24 hour 3 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl er oral tablet extended release 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>methylphenidate hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<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)

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS		
Diversos		
<i>co q 10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>co-enzyme q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 maximum strength oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coq-10 oral capsule 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs coq-10 oral capsule 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql coq10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glutamine oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp co q10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp melatonin oral tablet 3 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-glutamine oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin maximum strength oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral liquid 1 mg/4ml, 2.5 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>melatonin oral tablet 1 mg, 3 mg, 300 mcg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEOQ10 ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
Q-SORB CO Q-10 ORAL CAPSULE 100 MG, 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra coenzyme q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm co q-10 oral capsule 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm coenzyme q-10 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl coenzyme q10 oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Eletrólitos/Minerais, Injetáveis		
<i>dextrose in lactated ringers intravenous solution 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.2 %</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dextrose-sodium chloride intravenous solution 10-0.45 %, 5-0.2 %, 5-0.225 %, 5-0.3 %, 5-0.45 %, 5-0.9 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dextrose-sodium chloride solution 2.5-0.45 % intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
ISOLYTE-P IN D5W INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ISOLYTE-S PH 7.4 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
<i>kcl (0.149%) in nacl intravenous solution 20-0.45 meq/l-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl intravenous solution 10-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.2 meq/l-%-%, 20-5-0.45 meq/l-%-%, 20-5-0.9 meq/l-%-%, 30-5-0.45 meq/l-%-%, 40-5-0.45 meq/l-%-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>kcl in dextrose-nacl solution 40-5-0.9 meq/l-%-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>lactated ringers intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>magnesium sulfate in d5w intravenous solution 1-5 gml/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.45 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 20-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium chloride in nacl solution 40-0.9 meq/l-% intravenous</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>potassium chloride intravenous solution 10 meq/100ml, 10 meq/50ml, 2 meq/ml, 2 meq/ml (20 ml), 20 meq/100ml, 20 meq/50ml, 40 meq/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>potassium cl in dextrose 5% intravenous solution 20 meq/l</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride injection solution 2.5 meq/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sodium chloride intravenous solution 0.45 %, 0.9 %, 3 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TPN ELECTROLYTES INTRAVENOUS CONCENTRATE	\$0 (Nível 2)	B/D
Eletrólitos/Minerais/Vitaminas, Orais		
KLOR-CON 10 ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 10 MEQ	\$0 (Nível 1)	

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

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

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium 600+d high potency oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium 600+d3 plus minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carb-cholecalciferol oral tablet chewable 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate oral powder 800 mg/2gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet 1250 (500 ca) mg, 1500 (600 ca) mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate oral tablet chewable 1250 (500 ca) mg, 260 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium carbonate powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d oral tablet 250-5 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 maximum oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate + d3 oral tablet 200-6.25 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate oral tablet 250 mg, 950 (200 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate plus/magnesium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate+d3 petites oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d oral tablet 200-3.125 mg-mcg, 315-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium citrate-vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium creamies oral tablet chewable 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium gluconate oral capsule 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium high potency oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium high potency/vitamin d oral tablet 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium lactate oral tablet 100 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium oral tablet chewable 500-2.5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium oyster shell oral tablet 1250 (500 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium plus vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calcium+d3 oral tablet 500-10 mg-mcg, 500-15 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>eql calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fem-cal citrate oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp cal mag zinc +d3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 500 +d3 oral tablet 500-15 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d/minerals oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium 600 +d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium citrate +d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium 600+d oral tablet 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium citrate+d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp calcium-magnesium-zinc oral tablet 333-133-5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp mag-oxide magnesium oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAG64 ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGDELAY ORAL TABLET DELAYED RELEASE 64 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-g oral tablet 500 (27 mg) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 300 ORAL TABLET 250-300 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNEBIND 400 ORAL TABLET 80-115 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium gluconate oral tablet 250 mg, 27.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium lactate oral tablet extended release 84 mg (7meq)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oral tablet 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 250 mg, 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-TAB SR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 84 MG (7MEQ)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SLOW-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 500/vitamin d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 600/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium 600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+/vit d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+d3 petite oral tablet 200-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium citrate+vital d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d3 oral tablet 600-800 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium-vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm magnesium oxide oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm oyster shell calcium/vit d3 oral tablet 500-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm zinc gluconate oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium fluoride oral solution 1.1 (0.5 f) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium phosphates intravenous solution 45 mmole/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium 600 + d 400 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium 600 + d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super calcium oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>true magnesium oxide oral tablet 400 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ultra calcium + vitamin d3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ZINC 15 ORAL TABLET 66 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc gluconate oral tablet 100 mg, 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oral tablet 30 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc sulfate oral capsule 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc sulfate oral tablet 220 (50 zn) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Nutrição Iv		
<i>chromic chloride intravenous solution 40 mcg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CLINIMIX/DEXTROSE (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
<i>selenious acid intravenous solution 60 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TRALEMENT INTRAVENOUS SOLUTION 300-55-60-3000 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
TRAVASOL INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
TROPHAMINE INTRAVENOUS SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>zinc chloride intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Vitaminas		
<i>50+ adult eye health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z high potency oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select 50+ mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z select ultimate women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a thru z ultimate mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-10000 oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>a-25 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>abc complete senior 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>abc complete senior mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>abc complete senior womens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

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

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM MINIS ADULTS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM MINIS WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER 50+WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ADULT 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER WOMEN 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST HEART ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SPECIALIST VISION ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ULTRA WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM WOMEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>century mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>century oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTA-VITE ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE SENIOR ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE SENIOR/ANTIOXIDANT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
CERTAVITE/ANTIOXIDANTS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens animal shapes oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chew multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens chewable vitamins oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>classic prenatal oral tablet 28-0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cod liver oil oral capsule 4000-200 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cod liver oil w/vit a & d oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvs one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs one daily womens formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite ultra men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite ultra mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite ultra women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs spectravite womens senior oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs womens active daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin nasal solution 500 mcg/0.1ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-1000 extra strength oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d2000 ultra strength oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 2000 oral capsule 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d3 baby drops oral liquid 10 mcg /0.025ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>dialyvite 800/ultra d oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800/ZINC ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800-ZINC 15 ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE SUPREME D ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE VITAMIN D 5000 ORAL CAPSULE 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE/ZINC ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
DODEX INJECTION SOLUTION 1000 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
DRISDOL ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
D-VI-SOL ORAL LIQUID 10 MCG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d-vite pediatric oral liquid 10 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e 1000 oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>e-200 oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ELDERTONIC ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
ELFOLATE PLUS ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
EMERGEN-C VITAMIN C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-ACIN ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ENDUR-C ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 1000 MG, 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivit adult 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq complete multivitamin-adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq one daily womens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 century mature adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 century mature oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 century mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>eql century oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql child multivitamin/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql one daily mens 50+ advance oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql one daily womens 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql vision formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eql 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>eql vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ergocalciferol oral capsule 1.25 mg (50000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ergocalciferol oral solution 200 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ESSENTIA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>essential balance oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ESTROVEN MENOPAUSE SUPPLEMENT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye health + lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye multivitamin/sodium oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12 ORAL TABLET 500 MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE , 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES PLUS EXTRA IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folate oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee oral tablet 2.5-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folbee plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLBIC ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid injection solution 5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folic acid oral tablet 1 mg, 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIFLEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folika-bc oral tablet 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	PA; DP
FOLITIN-Z ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	PA; DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	PA; DP
<i>freedavite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c 500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruit c oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity c oral tablet chewable 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fruity chews oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>full spectrum b/vitamin c oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 1 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>genadek step 2 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER GROW MIGHTY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
GERBER LIL' BRAINIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
GERITOL COMPLETE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gerivite complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glucoten oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens chewables/ex c oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp essential one daily oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp hair/skin/nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp healthy eyes oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mega multi for men oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp mega multi for women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp one daily mens health 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp one daily mens/llycopene 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 e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair skin & nails advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair skin & nails oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kp vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp vitamin d3 oral capsule 25 mcg (1000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp womens 50+ daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp womens daily formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL ST ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate oral tablet 15 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methylfolate-b6-b12 oral tablet 3-35-2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>l-methyl-mc oral tablet 6-1-50-5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
LYSIPLEX PLUS ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
MACULAR HEALTH FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MACUVITE EYE CARE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MACUVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MACUVITE/LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>maximum daily green oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mega biotin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MEGA MULTI MEN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>megavite fruits & veggies oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>megavite golden years 55+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer advanced formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>meijer c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens 50+ advanced oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens 50+ multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens daily formulalycopene oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mens multivitamin oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MERIBIN ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC ORAL TABLET 6-1-50-5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
METAFOLBIC PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
MTX SUPPORT ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi + omega-3 adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi adult gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi complete/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multi for her 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for him 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MULTI FOR HIM ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin/minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vit/minerals/no iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins/womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multiple vitamins-minerals oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivit/multimineral adult oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult (minerals) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adults 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adults oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin drops/iron oral solution 11 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies mens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin gummies womens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin infant & toddler oral solution , 11 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin men 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin monocaps oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin w/fluoride oral tablet chewable 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin women 50+ oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRONEX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHRO-VITE ORAL TABLET 0.8 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral capsule extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin er oral tablet extended release 250 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacin oral tablet 250 mg, 50 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>niacinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NICOMIDE ORAL TABLET 750-27-2-0.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nicotinamide oral tablet 750-27-2-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>no iron mult vitamin-minerals oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocular vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocutabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ocutabs-lutein oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EXTRA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE + MULTI ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONCOVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE A DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily calcium/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily complete oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for men 50+ advanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for men/lycopene oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for women 50+ adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily for women oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily healthy weight adv oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily maximum oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily mens 50+ multivit oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily mens health oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ADVANTAGE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS 50+ ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY SKIN ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS MIND & BODY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS PETITES ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY WOMENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi caps oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vit/mineral oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily multi-vitamin/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one-daily/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>optic-vites oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 ORAL CAPSULE 1.25 MG (50000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>optimum pms oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIVITE P.M.T. ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OSTEOPRIME PLUS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>parvlex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vital/fe drop oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pc pediatric poly-vitamin drop oral solution</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PERIDIN-C ORAL TABLET 200-50-150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pharmacist choice d-vitamin oral liquid 400 unit/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PHYTOMULTI ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione injection solution 1 mg/0.5ml, 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phytonadione oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>plain niacin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

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

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm one daily mens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm one daily womens oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm opti-vitamins oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vit c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b12 tr oral tablet extended release 1000 mcg, 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin c/rose hips oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral capsule 100 mcg (4000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>solo oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SPECTRAVITE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stress formula/iron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ADVANCED ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STRESSTABS ENERGY ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
STROVITE ONE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super antioxidant oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal 50 plus oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super aytinal oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/fal/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>xcellent a 7500 oral capsule 7.5 mg (25000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
YELETS TEENAGE FORMULA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>yl vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
YOUR LIFE MULTI ADULT GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVS VITAMIN C ZERO ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVS ZERO DIABETIC MULTIVITAM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
YUMVSKIDS MULTI ZERO ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ZOO FRIENDS/EXTRA C ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

TÓPICO

Agentes De Boca/Garganta/Dentários

<i>cevimeline hcl oral capsule 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorhexidine gluconate mouth/throat solution 0.12 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clotrimazole mouth/throat troche 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (150 pastilhas a cada 30 dias)
KOURZEQ MOUTH/THROAT PASTE 0.1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>lidocaine viscous hcl mouth/throat solution 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nystatin mouth/throat suspension 100000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
ORASEP MOUTH/THROAT SOLUTION 2-0.5-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
PERIOGARD MOUTH/THROAT SOLUTION 0.12 %	\$0 (Nível 1)	
PERIOMED MOUTH/THROAT CONCENTRATE 0.63 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pilocarpine hcl oral tablet 5 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide mouth/throat paste 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	

Antifúngicos

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

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

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

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	B/D; QL (30 gramas a cada 30 dias)
LIDOCAN EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
TRIDACAINE II EXTERNAL PATCH 5 %	\$0 (Nível 1)	PA; QL (3 adesivos a cada 1 dia)
Dermatologia, Antibióticos		
<i>bacitracin external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bacitracin zinc-aloe external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentamicin sulfate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>gentamicin sulfate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>gnp bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense first aid antibiotic external ointment</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>medi-first triple antibiotic external ointment 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mupirocin external ointment 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (220 gramas a cada 30 dias)
<i>qc triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>silver sulfadiazine external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sm antibiotic external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm triple antibiotic original external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SSD EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
SULFAMYLON EXTERNAL CREAM 85 MG/GM	\$0 (Nível 2)	QL (453,6 gramas a cada 30 dias)
<i>triple antibiotic external ointment , 3.5-400-5000 , 5-400-5000 , 5-400-5000 mg-unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone valerate external cream 0.2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (454 gramas a cada 30 dias)
<i>triamcinolone acetonide external lotion 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external ointment 0.025 %, 0.1 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TRIDERM EXTERNAL CREAM 0.5 %	\$0 (Nível 1)	QL (454 gramas a cada 30 dias)
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ft lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense lice killing external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 4-0.33 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
NIX CREME RINSE EXTERNAL LIQUID 1 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice killing max strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Peles Diversas E Membrana Mucosa		
<i>ammonium lactate cream 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
BETADINE EXTERNAL SOLUTION 10 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
<i>calamine external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.075 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin hp external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CAPZASIN-HP EXTERNAL CREAM 0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chlorhexidine gluconate external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs dry skin therapy external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
D-CERIN EXTERNAL CREAM 33 %	\$0 (Nível 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac sodium external solution 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 28 dias)

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

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

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRICÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>moisturizing cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEUTROGENA HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nitroglycerin rectal ointment 0.4 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
NUTRADERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PANRETIN EXTERNAL GEL 0.1 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
PEN-KERA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PENTRAVAN PLUS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pimecrolimus external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>podofilox external solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (7ml a cada 28 dias)
<i>povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PRETTY FEET/HANDS EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
PROCTOCORT EXTERNAL CREAM 1 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTO-MED HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOSOL HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
PROCTOZONE-HC EXTERNAL CREAM 2.5 %	\$0 (Nível 1)	
<i>qc anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm anti-itch extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm benzoin tincture external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm benzoin tincture nfxi external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

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

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

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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	102	<i>adalimumab-aacf(cdluclhs strt)</i>	26	ALIVE DIABETIC MULTIVITAMIN.....	135
12 hour nasal decongestant.....	102	<i>adalimumab-aacf(psluv starter)</i>	26	ALIVE ENERGY 50+.....	135
12 hour nasal spray.....	102	<i>adapalene</i>	164	ALIVE EVERYDAY IMMUNE	
12hr allergy relief.....	95	<i>adefovir dipivoxil</i>	45	HEALTH.....	135
1st base.....	56	ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	135	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	135
24hr allergy relief.....	95	ADIPEX-P.....	71	ALIVE MENS 50+.....	135
3 day vaginal.....	83	ADMELOG.....	60	ALIVE MENS COMPLETE MULTI.....	135
4-WAY FAST ACTING.....	102	ADMELOG SOLOSTAR.....	60	ALIVE MENS GUMMY	
50+ adult eye health.....	134	<i>adult one daily gummies</i>	135	MULTIVITAMINS.....	135
600+d3.....	128	ADVAIR HFA.....	99	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	135
8 hr arthritis pain relief.....	35	ADVANCED MULTI EA.....	135	ALIVE MULTI-VITAMIN	
<i>a thru z advanced</i>	134	ADVANTAGE CARE		CHILDRENS.....	135
<i>a thru z high potency</i>	134	ELECTROLYTE PED.....	127	ALIVE ONCE DAILY WOMENS....	135
<i>a thru z select</i>	134	AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	99	ALIVE ULTRA POTENCY	
<i>a thru z select 50+ advanced</i>	134	AEROCHAMBER MV.....	99	WOMENS 50+.....	135
<i>a thru z select 50+ mens</i>	134	AEROCHAMBER PLS FLOVU		ALIVE WOMENS 50+.....	135
<i>a thru z select advanced</i>	134	MTHPIECE.....	99	ALIVE WOMENS 50+ COMPLETE	
<i>a thru z select ultimate women</i>	134	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		MV.....	135
<i>a thru z ultimate mens</i>	134	INTERM.....	99	ALIVE WOMENS 50+ GUMMY....	135
<i>a-10000</i>	134	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		ALIVE WOMENS ENERGY.....	135
<i>a-25</i>	134	LARGE.....	99	ALIVE WOMENS GUMMY.....	135
<i>abacavir sulfate</i>	39	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		<i>all day allergy</i>	95
<i>abacavir sulfate-lamivudine</i>	40	MEDIUM.....	99	<i>all day allergy childrens</i>	95
<i>abc complete senior 50+</i>	134	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		<i>all day allergy d</i>	103
<i>abc complete senior mens 50+</i>	134	SMALL.....	99	ALLBEE/C.....	135
<i>abc complete senior womens 50+</i>	134	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU.....	99	<i>all-day allergy childrens</i>	95
ABELCET.....	41	AEROCHAMBER		<i>aller-chlor</i>	95
ABILIFY ASIMTUFII.....	116	W/FLOWSIGNAL.....	99	<i>allergy</i>	95
ABILIFY MAINTENA.....	116	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	99	<i>allergy (cetirizine)</i>	95
<i>abiraterone acetate</i>	23	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		<i>allergy 24-hr</i>	95
ABRYSVO.....	30	CHAMBR.....	99	<i>allergy childrens</i>	95
<i>acamprosate calcium</i>	122	AEROCHAMBER Z-STAT		<i>allergy rel child (loratadine)</i>	95
<i>acarbose</i>	59	PLUS/LARGE.....	99	<i>allergy relief</i>	96
ACCUTANE.....	164	AEROCHAMBER Z-STAT		<i>allergy relief (loratadine)</i>	95
<i>acebutolol hcl</i>	52	PLUS/MEDIUM.....	99	<i>allergy relief cetirizine</i>	95
<i>acerola c-500</i>	134	AEROCHAMBER Z-STAT		<i>allergy relief childrens</i>	95
<i>acetaminophen</i>	35	PLUS/SMALL.....	99	<i>allergy relief d</i>	103
<i>acetaminophen 8 hour</i>	35	AEROVENT PLUS.....	99	<i>allergy relief d-12</i>	103
<i>acetaminophen childrens</i>	35	AFIRMELLE.....	62	<i>allergy relief d-24</i>	103
<i>acetaminophen er</i>	35	AIMOVIG.....	120	<i>allergy relief/nasal decongest</i>	103
<i>acetaminophen extra strength</i>	35	<i>aimsco lubricated</i>	62	<i>allergy/congestion relief</i>	103
<i>acetaminophen infants</i>	35	AIRBORNE.....	135	<i>allopurinol</i>	38
<i>acetaminophen-codeine</i>	34	AIRBORNE GUMMIES.....	135	ALMACONE DOUBLE STRENGTH.....	73
<i>acetazolamide</i>	54	AIRBORNE KIDS.....	135	<i>alosetron hcl</i>	76
<i>acetazolamide er</i>	54	AIRSUPRA.....	99	<i>alprazolam</i>	114
<i>acetic acid</i>	84, 94	AKEEGA.....	23	ALTAVERA.....	62
<i>acetylcysteine</i>	99	<i>ala-cort</i>	166	<i>alum & mag hydroxide-simeth</i>	73
<i>acitretin</i>	166	ALAVERT ALLERGY/SINUS.....	102	<i>aluminum hydroxide gel</i>	73
ACTHIB.....	30	<i>albendazole</i>	42	ALUNBRIG.....	14
<i>actical</i>	135	<i>albuterol sulfate</i>	95	ALVAIZ.....	86
ACTIMMUNE.....	29	<i>albuterol sulfate hfa</i>	94	ALVESCO.....	102
<i>active fe</i>	86	<i>alclometasone dipropionate</i>	166	<i>alyacen 1/35</i>	62
ACTIVNUTRIENTS.....	135	ALCON TEARS.....	92	<i>alyacen 7/7/7</i>	62
ACTIVNUTRIENTS W/O IRON.....	135	ALDURAZYME.....	68	ALYGLO.....	28
<i>acyclovir</i>	45	ALECENSA.....	14	ALYQ.....	55
<i>acyclovir sodium</i>	45	<i>alendronate sodium</i>	72	<i>amantadine hcl</i>	113
ADACEL.....	30	<i>aler-cap</i>	95	<i>ambrisentan</i>	55
<i>adalimumab-aacf (2 pen)</i>	26	<i>alfuzosin hcl er</i>	85	AMETHIA.....	62
<i>adalimumab-aacf (2 syringe)</i>	26	<i>aliskiren fumarate</i>	54	AMETHYST.....	62

<i>amikacin sulfate</i>	42	ARBEM H-COSMETIC.....	56	AZO HORMONAL HEALTH	
<i>amiloride hcl</i>	54	ARBEM LIPOPEN.....	56	CYCLE CARE.....	136
<i>amiloride-hydrochlorothiazide</i>	54	ARCALYST.....	29	AZO HORMONAL HEALTH	
<i>amiodarone hcl</i>	50	AREXVY.....	30	HAPPY CYCL.....	136
<i>amitriptyline hcl</i>	115	ARIKAYCE.....	42	<i>aztreonam</i>	42
AMLADEX.....	135	<i>aripiprazole</i>	116	AZURETTE.....	63
<i>amlodipine besy-benazepril hcl</i>	54	ARISTADA.....	117	<i>b complex</i>	136
<i>amlodipine besylate</i>	52	ARISTADA INITIO.....	116	<i>b complex vitamins</i>	136
<i>amlodipine besylate-valsartan</i>	53	<i>armodafinil</i>	122	<i>b complex-c</i>	136
<i>amlodipine-olmesartan</i>	53	ARNUITY ELLIPTA.....	102	<i>b complex-c-folic acid</i>	136
<i>ammonium lactate</i>	167, 168	<i>arthritis pain relief</i>	35	<i>b1</i>	136
AMNESTEEM.....	164	<i>arthritis pain reliever</i>	35	<i>b-1</i>	136
<i>amoxapine</i>	115	<i>arthritis pain relieving</i>	168	<i>b-12</i>	136
<i>amoxicillin</i>	48	<i>artificial tears</i>	92	<i>b-12 tr</i>	136
<i>amoxicillin-pot clavulanate</i>	48	<i>ascorbic acid</i>	136	<i>b-6</i>	136
<i>amoxicillin-pot clavulanate er</i>	48	<i>asenapine maleate</i>	117	<i>b6 natural</i>	136
<i>amphetamine-dextroamphet er</i>	124	ASHLYNA.....	62	BABY DDROPS.....	136
<i>amphetamine-dextroamphetamine</i>	124	<i>aspirin</i>	36	<i>baby super daily d3</i>	136
<i>amphotericin b</i>	41	<i>aspirin adult low dose</i>	35	<i>baby vitamin d3</i>	136
<i>amphotericin b liposome</i>	41	<i>aspirin adult low strength</i>	36	<i>bacitracin</i>	91, 165
<i>ampicillin</i>	48	<i>aspirin ec adult low dose</i>	36	<i>bacitracin zinc</i>	165
<i>ampicillin sodium</i>	48	<i>aspirin ec low strength</i>	36	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	165
<i>ampicillin-sulbactam sodium</i>	48	<i>aspirin low dose</i>	36	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	91
<i>anagrelide hcl</i>	86	<i>aspirin regimen</i>	36	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	90
<i>anastrozole</i>	23	<i>aspirin-dipyridamole er</i>	89	<i>baclofen</i>	113
ANORO ELLIPTA.....	98	ASSURE ID INSULIN SAFETY		BACMIN.....	136
<i>antacid</i>	73	SYR.....	60	BAFIERTAM.....	121
<i>antacid & antigas</i>	73	ASTAGRAF XL.....	29	<i>balance b-50</i>	136
<i>antacid calcium</i>	73	<i>atazanavir sulfate</i>	39	<i>balsalazide disodium</i>	78
<i>antacid calcium rich</i>	73	<i>atenolol</i>	52	BALVERSA.....	14, 15
<i>antacid maximum strength</i>	73	<i>atenolol-chlorthalidone</i>	51	BALZIVA.....	63
<i>antacid regular strength</i>	73	<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	162	BANOPHEN.....	96, 168
<i>antacid/antigas</i>	73	<i>athletes foot (terbinafine)</i>	162	BARACLUDGE.....	45
<i>anti-diarrheal</i>	74	<i>athletes foot powder spray</i>	163	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	136
<i>antifungal</i>	162	<i>atomoxetine hcl</i>	124	BASAGLAR KWIKPEN.....	61
<i>anti-fungal</i>	162	<i>atorvastatin calcium</i>	51	BASE PCCA CLARIFYING.....	56
<i>antifungal (clotrimazole)</i>	162	<i>atovaquone</i>	42	<i>baza antifungal</i>	163
<i>antifungal (tolnaftate)</i>	162	<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	44	<i>bcg vaccine</i>	30
<i>antifungal clotrimazole</i>	162	<i>atropine sulfate</i>	92	<i>b-complex (folic acid)</i>	136
<i>anti-itch</i>	168	ATROVENT HFA.....	95	<i>b-complex balanced</i>	136
<i>antioxidant</i>	135	AUBRA EQ.....	62	<i>b-complex/b-12</i>	136
<i>anti-oxidant</i>	135	AUGTYRO.....	14	<i>b-complex/vitamin c</i>	136
<i>antioxidant a/c/e/selenium</i>	135	AUROVELA 1/20.....	62	<i>b-complex-c</i>	136
<i>antioxidant formula</i>	135	AUROVELA 24 FE.....	62	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	136
<i>antioxidant vitamins</i>	136	AUROVELA FE 1.5/30.....	62	<i>benazepril hcl</i>	55
<i>antiseptic skin cleanser</i>	168	AUROVELA FE 1/20.....	62	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	54
APETIBEX.....	136	AUSTEDO.....	119	<i>bendamustine hcl</i>	14
APHEN.....	35	AUSTEDO XR.....	119, 120	BENDEKA.....	14
APPE-CURB.....	136	AUSTEDO XR PATIENT		BENLYSTA.....	29
<i>aprepitant</i>	75	TITRATION.....	120	BENZEFOAM.....	164
APRI.....	62	AUVELITY.....	115	BENZEPRO.....	164
APTIOM.....	109	AVIANE.....	63	<i>benzoin</i>	168
APTIVUS.....	39	AYUNA.....	63	<i>benzonatate</i>	103
AQUA GLYCOLIC FACE.....	168	AYVAKIT.....	14	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	164
AQUA-E.....	136	<i>az cream</i>	56	<i>benzphetamine hcl</i>	71
<i>aquanaz</i>	103	<i>azacitidine</i>	24	<i>benztropine mesylate</i>	113
AQUASOL A.....	136	<i>azathioprine</i>	29	BERINERT.....	86
<i>aqueous vitamin d</i>	136	<i>azelastine hcl</i>	89, 96	BESIVANCE.....	91
ARALAST NP.....	99	<i>azithromycin</i>	47	BESREMI.....	25
ARANELLE.....	62			<i>beta care</i>	168

BETA XMA.....	168	<i>brimonidine tartrate</i>	90	<i>calcium antacid</i>	73
BETADINE.....	168	<i>brinzolamide</i>	90	<i>calcium carb-cholecalciferol</i>	129
<i>betaine</i>	68	BRIVIACT.....	109	<i>calcium carbonate</i>	129
<i>betamethasone dipropionate</i>	166	<i>bromfenac sodium</i>	91	<i>calcium carbonate antacid</i>	73
<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	166	<i>bromocriptine mesylate</i>	113	<i>calcium citrate</i>	129
<i>betamethasone valerate</i>	166	BRONCHITOL.....	100	<i>calcium citrate + d</i>	129
BETASERON.....	121	BRUKINSA.....	15	<i>calcium citrate + d3</i>	129
<i>betaxolol hcl</i>	52, 90	<i>budesonide</i>	78, 102	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	129
<i>bethanechol chloride</i>	84	<i>budesonide er</i>	78	<i>calcium citrate plus/magnesium</i>	129
BETOPTIC-S.....	90	<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	99	<i>calcium citrate+d3</i>	129
<i>better b complex</i>	136	<i>bumetanide</i>	54	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	129
BEVESPI AEROSPHERE.....	98	<i>buprenorphine</i>	34	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	129
<i>bexarotene</i>	25, 168	<i>buprenorphine hcl</i>	122	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	129
BEXSERO.....	30	<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	122	<i>calcium creamies</i>	129
<i>bicalutamide</i>	23	<i>bupropion hcl</i>	115	<i>calcium gluconate</i>	129
BICILLIN L-A.....	48	<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	122	<i>calcium high potency</i>	129
BIKTARVY.....	40	<i>bupropion hcl er (sr)</i>	115	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	129
BINAXNOW COVID-19 AG HOME		<i>bupropion hcl er (xl)</i>	115	<i>calcium lactate</i>	129
TEST.....	42	<i>buspirone hcl</i>	114	<i>calcium oyster shell</i>	129
BIO-35 GLUTEN-FREE.....	136	<i>butenafine hcl</i>	163	<i>calcium plus vitamin d</i>	129
<i>biocal</i>	137	<i>butorphanol tartrate</i>	34	<i>calcium plus vitamin d3</i>	129
BIO-D-MULSION.....	137	<i>c 1000</i>	137	<i>calcium+d3</i>	129
BIO-D-MULSION FORTE.....	137	<i>c 500</i>	137	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	130
BIOLYTE.....	127	<i>c-1000</i>	137	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	130
BION TEARS PF.....	92	<i>c-1000/rose hips</i>	137	<i>calcium-vitamin d3</i>	130
<i>biotin</i>	137	<i>c-250</i>	137	CAL-GEST ANTACID.....	73
<i>biotin maximum strength</i>	137	<i>c-500</i>	137	<i>cal-mag-zinc w/d</i>	130
<i>bisacodyl</i>	79	<i>c-500/rose hips</i>	137	<i>cal-mint</i>	130
<i>bisacodyl ec</i>	79	<i>cabergoline</i>	68	CALMOSEPTINE.....	168
<i>bisacodyl laxative</i>	79	CABOMETYX.....	15	CALQUENCE.....	15
<i>bismuth</i>	74	<i>calamine</i>	168	CALTRATE 600+D PLUS	
<i>bismuth subsalicylate</i>	74	<i>calamine phenolated</i>	168	MINERALS.....	130
<i>bisoprolol fumarate</i>	52	<i>calamine-zinc oxide</i>	168	CALTRATE 600+D3.....	130
<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	51	CALCIDOL.....	137	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	130
BIVIGAM.....	28	<i>calcipotriene</i>	166	CALTRATE BONE HEALTH.....	130
BLISOVI 24 FE.....	63	<i>calcitonin (salmon)</i>	72	CALTRATE MINIS PLUS	
BLISOVI FE 1.5/30.....	63	CALCITRATE.....	128	MINERALS.....	130
<i>body/hair/skin/nails</i>	137	<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	128	CAMILA.....	63
BONEUP.....	137	CALCITRENE.....	166	CAMRESE.....	63
BONEUP 3 PER DAY.....	137	<i>calcitriol</i>	58	CAMRESE LO.....	63
BONEUP VEGETARIAN.....	137	<i>calcium</i>	129	<i>candesartan cilexetil</i>	50
BOOSTRIX.....	30	<i>calcium + vitamin d3</i>	128	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	53
<i>bortezomib</i>	15	<i>calcium 1000 + d</i>	128	<i>capcof</i>	103
<i>bosentan</i>	55	<i>calcium 1200</i>	128	CAPLYTA.....	117
BOSULIF.....	15	<i>calcium 500 + d</i>	128	CAPRELSA.....	15
<i>bp vit 3</i>	137	<i>calcium 500 + d3</i>	128	<i>capsaicin</i>	168
BPROTECTED MULTI-VITE.....	137	<i>calcium 500/d</i>	128	<i>capsaicin hp</i>	168
BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	137	<i>calcium 500/vitamin d</i>	128	<i>capsaicin pain relief</i>	168
BPROTECTED PEDIA POLY-VITE		<i>calcium 500+d</i>	128	<i>captopril</i>	55
.....	137	<i>calcium 500+d high potency</i>	128	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	54
BPROTECTED PEDIA POLY-		<i>calcium 500+d3</i>	128	CAPZASIN-HP.....	168
VITE/FE.....	137	<i>calcium 600</i>	128	<i>carbamazepine</i>	109
BRAFTOVI.....	15	<i>calcium 600 + d</i>	128	<i>carbamazepine er</i>	109
BREATHERITE VALVED MDI		<i>calcium 600 high potency</i>	128	<i>carbidopa-levodopa</i>	113
CHAMBER.....	100	<i>calcium 600/vitamin d</i>	128	<i>carbidopa-levodopa er</i>	113
BREO ELLIPTA.....	99	<i>calcium 600/vitamin d3</i>	128	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ...	113
BREYNA.....	99	<i>calcium 600+d</i>	129	<i>carboplatin</i>	14
BREZTRI AEROSPHERE.....	98	<i>calcium 600+d high potency</i>	129	<i>carboxymethylcellulose sod pf</i>	92
<i>brillyn</i>	63	<i>calcium 600+d3</i>	129	<i>carboxymethylcellulose sodium</i>	92
BRILINTA.....	89	<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	129		

CARESTART COVID-19 HOME TEST	42	<i>century</i>	138	<i>ciprofloxacin in d5w</i>	48
<i>carglumic acid</i>	68	<i>century mature</i>	138	<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	94
<i>carisoprodol</i>	113	<i>cephalexin</i>	47	<i>cisplatin</i>	14
<i>carteolol hcl</i>	90	CEQUR SIMPLICITY 2U	61	<i>citalopram hydrobromide</i>	115
<i>carvedilol</i>	52	CEQUR SIMPLICITY INSERTER	61	CITRACAL MAXIMUM	130
<i>caspofungin acetate</i>	41	CERALYTE 70	127	CITRACAL MAXIMUM PLUS	130
<i>castellani paint modified</i>	163	CERASPORT	127	CITRACAL PETITES/VITAMIN D	130
CAYSTON	42	CERASPORT EX1	127	<i>citrus calcium/vitamin d</i>	130
<i>c-chewable</i>	137	CERAVE MOISTURIZING	168	CLARAVIS	164
<i>cefactor</i>	46	CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN	168	<i>clarithromycin</i>	47
<i>cefadroxil</i>	46	CERDELGA	68	<i>clarithromycin er</i>	47
<i>cefazolin sodium</i>	46	CEREZYME	68	<i>classic prenatal</i>	138
<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	46	CEROVITE JR	138	CLEAR EYES NATURAL TEARS	92
<i>cefdinir</i>	46	CEROVITE SENIOR	138	CLEARLAX	79
<i>cefepime hcl</i>	46	CERTA-VITE	138	CLEODERM	56
<i>cefixime</i>	46	CERTAVITE SENIOR	138	CLEVER CHOICE HOLDING CHAMBER	100
<i>cefotetan disodium</i>	46	CERTAVITE SENIOR	138	<i>clindamycin hcl</i>	42
<i>cefoxitin sodium</i>	46	CERTAVITE	138	<i>clindamycin palmitate hcl</i>	42
<i>cefpodoxime proxetil</i>	46	SENIOR/ANTIOXIDANT	138	<i>clindamycin phosphate</i>	42, 83, 164
<i>cefprozil</i>	46	CERTAVITE/ANTIOXIDANTS	138	<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	42
<i>ceftazidime</i>	47	CETAPHIL MOISTURIZING	168	<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	42
<i>ceftriaxone sodium</i>	47	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	168	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)	133
<i>cefuroxime axetil</i>	47	<i>cetirizine hcl</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5)	133
<i>cefuroxime sodium</i>	47	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (5/15)	134
<i>celecoxib</i>	32	<i>cetirizine hcl childrens</i>	96	CLINIMIX/DEXTROSE (5/20)	134
<i>centavite a-z complete-mineral</i>	137	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	96	<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	134
CENTRATEX	86	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	103	<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	134
<i>centravites</i>	137	<i>cevimeline hcl</i>	162	<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	134
<i>centravites 50 plus</i>	137	<i>charcoal</i>	68	CLINISOL SF	134
<i>centravites adults</i>	137	CHATEAL EQ	63	CLINITEST RAPID COVID-19 TEST	42
CENTRUM	138	<i>chelated magnesium</i>	130	CLINOLIPID	134
CENTRUM ADULT	137	CHEMET	58	<i>clobazam</i>	109
CENTRUM ADULTS	137	<i>chest congestion relief</i>	103	<i>clobetasol propionate</i>	166
CENTRUM ADULTS	137	<i>chest congestion relief dm</i>	103	<i>clobetasol propionate e</i>	166
MULTIGUMMIES	137	<i>childrens acetaminophen</i>	36	<i>clomipramine hcl</i>	115
CENTRUM CARDIO	137	<i>childrens animal shapes</i>	138	<i>clonazepam</i>	109, 110
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT	138	<i>childrens apap</i>	36	<i>clonidine</i>	54
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	138	<i>childrens chew multivitamin</i>	138	<i>clonidine hcl</i>	54
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+	138	<i>childrens chewable vitamins</i>	138	<i>clopidogrel bisulfate</i>	89
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT	138	<i>childrens gummies</i>	138	<i>clorazepate dipotassium</i>	110
CENTRUM KIDS	138	<i>childrens ibuprofen</i>	32	CLORPACTIN	168
CENTRUM MEN	138	<i>childrens loratadine</i>	96	<i>clotrimazole</i>	83, 162, 163
CENTRUM MINIS ADULTS 50+	138	<i>childrens mucus relief cough</i>	103	<i>clotrimazole 3</i>	83
CENTRUM MINIS WOMEN 50+	138	<i>chlorhexidine gluconate</i>	162, 168	<i>clotrimazole anti-fungal</i>	163
CENTRUM SILVER	138	<i>chlorhist</i>	96	<i>clotrimazole athletes foot</i>	163
CENTRUM SILVER 50+MEN	138	<i>chloroquine phosphate</i>	44	<i>clotrimazole-<i>betamethasone</i></i>	163
CENTRUM SILVER 50+WOMEN	138	<i>chlorpheniramine maleate</i>	96	<i>clozapine</i>	117
CENTRUM SILVER ADULT 50+	138	<i>chlorpromazine hcl</i>	117	<i>co q 10</i>	125
CENTRUM SILVER ULTRA WOMENS	138	<i>chlorthalidone</i>	54	<i>co q10</i>	125
CENTRUM SILVER WOMEN 50+	138	<i>cholestyramine</i>	50	<i>co q-10</i>	125
CENTRUM SPECIALIST HEART	138	<i>cholestyramine light</i>	50	COARTEM	44
CENTRUM SPECIALIST VISION	138	CHROMAGEN	86	COBENFY	117
CENTRUM ULTRA WOMENS	138	<i>chromic chloride</i>	133	COBENFY STARTER PACK	117
CENTRUM WOMEN	138	<i>ciclopirox</i>	163	<i>coconut oil beauty</i>	168
		<i>ciclopirox olamine</i>	163	<i>cod liver oil</i>	138
		<i>cilostazol</i>	86	<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	138
		CILOXAN	91	<i>coditussin ac</i>	103
		CIMDUO	40	<i>coditussin dac</i>	103
		<i>cinacalcet hcl</i>	68		
		<i>ciprofloxacin hcl</i>	48, 91		

<i>coenzyme q-10</i>	125	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-	<i>cvx slow release dried iron</i>	87
<i>co-enzyme q10</i>	125	MV.....	<i>cvx slow release iron</i>	87
COLACE.....	79	CULTURELLE PROBIOTICS +	<i>cvx spectravite adult 50+</i>	140
COLACE 2-IN-1.....	79	MULTIV.....	<i>cvx spectravite adults</i>	140
COLACE CLEAR.....	79	<i>cupric chloride</i>	<i>cvx spectravite advanced</i>	140
<i>colchicine</i>	38	<i>cvx adult 50+ eye health</i>	<i>cvx spectravite men</i>	140
<i>colchicine-probenecid</i>	38	CVS AIRSHIELD.....	<i>cvx spectravite men 50+</i>	140
<i>colesevelam hcl</i>	50	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	<i>cvx spectravite senior</i>	140
<i>colestipol hcl</i>	50	SUPPORT.....	<i>cvx spectravite ultra men 50+</i>	140
<i>colistimethate sodium (cba)</i>	42	<i>cvx b complex plus c</i>	<i>cvx spectravite ultra mens</i>	140
COMBIGAN.....	90	<i>cvx b-1</i>	<i>cvx spectravite ultra women</i>	140
COMBIVENT RESPIMAT.....	98	<i>cvx b-12</i>	<i>cvx spectravite women</i>	140
COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvx b6</i>	<i>cvx spectravite women 50+</i>	140
DOSE).....	15	<i>cvx biotin</i>	<i>cvx spectravite womens senior</i>	140
COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvx biotin high potency</i>	<i>cvx super b complex/c</i>	140
DOSE).....	15	<i>cvx calcium + d3</i>	<i>cvx vision health</i>	140
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) .	15	<i>cvx calcium 600 & vitamin d3</i>	<i>cvx vitamin b12</i>	140
COMFORT ASSIST INSULIN		<i>cvx calcium 600 + d/minerals</i>	<i>cvx vitamin b-12</i>	140
SYRINGE.....	61	<i>cvx calcium 600+d</i>	<i>cvx vitamin c</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER.....	100	<i>cvx calcium carbonate</i>	<i>cvx vitamin c-rose hips</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER/LG		<i>cvx calcium citrate+d3 petites</i>	<i>cvx vitamin d3</i>	140
MASK.....	100	<i>cvx chewable c with rose hips</i>	<i>cvx vitamin e</i>	140
COMPACT SPACE		<i>cvx chewable childrens vitamin</i>	<i>cvx womens active daily</i>	140
CHAMBER/MED MASK.....	100	<i>cvx childrens complete</i>	<i>cvx womens daily gummies</i>	140
COMPACT SPACE CHAMBER/SM		<i>cvx coenzyme q-10</i>	<i>cvx zinc gluconate</i>	130
MASK.....	100	<i>cvx coq-10</i>	<i>cyanocobalamin</i>	140
<i>companion</i>	139	<i>cvx cough dm</i>	<i>cyclobenzaprine hcl</i>	114
COMPETE.....	139	<i>cvx covid-19 at home test kit</i>	<i>cyclophosphamide</i>	14
COMPLERA.....	40	<i>cvx d3</i>	<i>cycloserine</i>	40
<i>complete allergy medicine</i>	96	<i>cvx daily gummies</i>	<i>cyclosporine</i>	29
<i>complete allergy relief</i>	96	<i>cvx daily gummies adult</i>	<i>cyclosporine modified</i>	29
<i>complete multivitamin/mineral</i>	139	<i>cvx daily multiple for men</i>	<i>cyproheptadine hcl</i>	96
COMPRO.....	75	<i>cvx daily multiple women 50+</i>	CYRED EQ.....	63
<i>constulose</i>	79	<i>cvx dry skin therapy</i>	CYSTADROPS.....	92
COPAXONE.....	121	<i>cvx e</i>	CYSTAGON.....	68
COPIKTRA.....	15	<i>cvx electrolyte solution</i>	CYSTARAN.....	92
<i>coq10</i>	125	<i>cvx eye health & lutein</i>	<i>cytarabine</i>	24
<i>coq-10</i>	125	<i>cvx eye health adult 50+</i>	<i>d 1000</i>	140
<i>coq10 maximum strength</i>	125	<i>cvx folic acid</i>	<i>d 10000</i>	140
CORLANOR.....	55	<i>cvx gauze sterile</i>	<i>d 400</i>	140
CORVITA.....	139	<i>cvx glucose</i>	<i>d 5000</i>	140
CORVITA 150.....	86	<i>cvx gummy dinos</i>	<i>d-1000 extra strength</i>	140
CORVITE 150.....	86	<i>cvx gummy multivitamin kids</i>	<i>d2000 ultra strength</i>	140
<i>corvite fe</i>	86	<i>cvx iron</i>	<i>d3</i>	141
COSENTYX.....	26	<i>cvx jock itch</i>	<i>d3 2000</i>	140
COSENTYX (300 MG DOSE).....	26	CVS KETONE CARE.....	<i>d3 5000</i>	140
COSENTYX SENSOREADY (300		<i>cvx lice treatment</i>	<i>d3 baby drops</i>	140
MG).....	26	<i>cvx magnesium</i>	<i>d3 high potency</i>	141
COSENTYX SENSOREADY PEN...	26	<i>cvx magnesium oxide</i>	<i>d3 maximum strength</i>	141
COSENTYX UNOREADY.....	26	<i>cvx mens daily gummies</i>	<i>d3 super strength</i>	141
COTELLIC.....	15	<i>cvx moisturizing</i>	<i>d3-1000</i>	141
<i>cough dm</i>	103	<i>cvx one daily essential</i>	<i>d-3-5</i>	141
<i>cough dm childrens</i>	103	<i>cvx one daily mens 50+ adv</i>	D3-50.....	141
<i>covid-19 at-home test</i>	42	<i>cvx one daily mens formula</i>	<i>d-400</i>	141
<i>cream base</i>	56	<i>cvx one daily womens 50+ adv</i>	<i>d-5000</i>	141
CREON.....	76	<i>cvx one daily womens formula</i>	<i>dabigatran etexilate mesylate</i>	85
CRITIC-AID CLEAR AF.....	163	<i>cvx oyster shell calcium-vit d</i>	<i>daily combo multi vitamins</i>	141
<i>cromolyn sodium</i>	76, 89, 100	<i>cvx ped electrolyte freeze pop</i>	<i>daily multiple vitamins</i>	141
CRYSSELLE-28.....	63	<i>cvx pediatric electrolyte</i>	<i>daily multivitamin</i>	141
CULTURELLE KIDS COMPLETE.	139	<i>cvx pinworm treatment</i>	<i>daily value multivitamin</i>	141

<i>daily vitamins</i>	141	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>	<i>docetaxel</i>	25
<i>daily vite</i>	141	.....	DOCIVYX.....	25
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	141	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	<i>docusate calcium</i>	79
<i>daily vites</i>	141	<i>dextromethorphan hbr</i>	<i>docusate mini</i>	79
<i>daily-vite</i>	141	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	<i>docusate sodium</i>	79
<i>daily-vite multivitamin</i>	141	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	DOCUSOL KIDS.....	79
<i>dalfampridine er</i>	121	.....	DODEX.....	142
<i>danazol</i>	58	<i>dextrose</i>	<i>dofetilide</i>	50
<i>dantrolene sodium</i>	114	<i>dextrose in lactated ringers</i>	DOLISHALE.....	63
DANZITEN.....	15	<i>dextrose-sodium chloride</i>	<i>donepezil hcl</i>	114
<i>dapsone</i>	42	<i>diabetes health formula</i>	DOPTLET.....	86
DAPTACEL.....	30	DIABETIDERM.....	<i>dorzolamide hcl</i>	90
<i>daptomycin</i>	42	DIABETIDERM FOOT	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	90
<i>darunavir</i>	39	REJUVENATING.....	DOTTI.....	70
<i>dasatinib</i>	15	DIACOMIT.....	DOVATO.....	40
DASETTA 1/35 (28).....	63	DIALYVITE.....	<i>doxazosin mesylate</i>	51
DASETTA 7/7/7.....	63	DIALYVITE 3000.....	<i>doxepin hcl</i>	115, 121
DAURISMO.....	15, 16	DIALYVITE 5000.....	<i>doxorubicin hcl</i>	25
DAYSEE.....	63	DIALYVITE 800.....	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	25
DAYVIGO.....	121	<i>dialyvite 800/ultra d</i>	DOXY 100.....	49
D-CERIN.....	168	DIALYVITE 800/ZINC.....	<i>doxycycline hyclate</i>	49
DDROPS.....	141	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	<i>doxycycline monohydrate</i>	49
DEBLITANE.....	63	DIALYVITE SUPREME D.....	DRISDOL.....	142
DEBROX.....	171	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	DRIZALMA SPRINKLE.....	115
DECARA.....	141	DIALYVITE/ZINC.....	<i>dronabinol</i>	75
DECONEX IR.....	103	<i>diamode</i>	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	63
DECUBI-VITE.....	141	DIATRUST COVID-19 HOME	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	63
<i>deferasirox</i>	58	TEST.....	<i>droxidopa</i>	55
<i>dekas bariatric</i>	141	<i>diazepam</i>	DRY EYE FORMULA.....	142
DEKAS PLUS.....	141	.....	<i>dry eye relief drops</i>	92
DEKAS PLUS OCEAN.....	141	DIAZEPAM INTENSOL.....	<i>dss</i>	79
DELSTRIGO.....	40	<i>diazoxide</i>	DULERA.....	99
DELSYM.....	103	<i>diclofenac potassium</i>	<i>duloxetine hcl</i>	115
DELSYM CGH/CHEST CONG DM		<i>diclofenac sodium</i>	DUPIXENT.....	26
CHILD.....	103	<i>diclofenac sodium er</i>	DUREX REALFEEL.....	63
DELSYM COUGH CHILDRENS....	103	<i>dicloxacillin sodium</i>	<i>dutasteride</i>	85
DELSYM COUGH/CHEST		<i>dicyclomine hcl</i>	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	85
CONGEST DM.....	103	<i>diethylpropion hcl</i>	D-VI-SOL.....	142
<i>delta d3</i>	141	<i>diethylpropion hcl er</i>	<i>d-vite pediatric</i>	142
DENGVAZIA.....	30	DIFFERIN.....	DYNA-HEX 4.....	169
DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	63	DIFICID.....	<i>e 1000</i>	142
DEPO-TESTOSTERONE.....	58	<i>diflunisal</i>	E.E.S. 400.....	47
DERMABASE.....	168	<i>digoxin</i>	<i>e200</i>	142
DERMACINRX FOLTAMIN.....	141	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	<i>e-200</i>	142
DERMACINRX MULTITAM.....	141	DILANTIN.....	<i>ear drops</i>	171
DERMACINRX RIBOTIN-E.....	141	<i>diltiazem hcl</i>	<i>earwax removal</i>	171
DERMACINRX ZINTREXYL-C.....	141	<i>diltiazem hcl er</i>	<i>earwax removal kit</i>	171
DESCOVY.....	40	<i>diltiazem hcl er beads</i>	EASIVENT.....	100
DESENEK.....	163	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	EASIVENT MASK LARGE.....	100
<i>desipramine hcl</i>	115	<i>dilt-xr</i>	EASIVENT MASK MEDIUM.....	100
<i>desmopressin ace spray refrig</i>	69	<i>diphenhydramine hcl</i>	EASIVENT MASK SMALL.....	100
<i>desmopressin acetate</i>	69	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	<i>econazole nitrate</i>	163
<i>desmopressin acetate pf</i>	69	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	ECOTRIN.....	36
<i>desmopressin acetate spray</i>	69	<i>diphenoxylate-atropine</i>	ECOTRIN ARTHRTIS PAIN.....	36
<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	63	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	ECOTRIN LOW STRENGTH.....	36
<i>desvenlafaxine succinate er</i>	115	<i>dipyridamole</i>	<i>ed chlorped jr</i>	96
<i>dexamethasone</i>	71	<i>disopyramide phosphate</i>	<i>ed-a-hist dm</i>	104
DEXAMETHASONE INTENSOL.....	71	<i>disulfiram</i>	<i>ed-apap</i>	36
<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...71		<i>divalproex sodium</i>	EDURANT.....	39
		<i>divalproex sodium er</i>	<i>efavirenz</i>	39
		DML FORTE.....		

<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	41	<i>eq cough dm</i>	104	<i>estradiol valerate</i>	70
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	41	<i>eq multivitamin gummies</i>	142	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	70
ELDERTONIC.....	142	<i>eq one daily mens 50+</i>	142	ESTROVEN MENOPAUSE	
ELFOLATE PLUS.....	142	<i>eq one daily mens health</i>	142	SUPPLEMENT.....	143
ELIGARD.....	23	<i>eq one daily womens health</i>	142	<i>eszopiclone</i>	121
ELINEST.....	63	<i>eq slow-release iron</i>	87	<i>ethambutol hcl</i>	40
ELIQUIS.....	85	<i>eq space chamber anti-static</i>	100	<i>ethosuximide</i>	110
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	85	<i>eq space chamber anti-static l</i>	100	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	63
<i>ellume covid-19 home test</i>	43	<i>eq space chamber anti-static m</i>	100	<i>etodolac</i>	33
ELURYNG.....	63	<i>eq space chamber anti-static s</i>	100	<i>etodolac er</i>	32
EMERGEN-C VITAMIN C.....	142	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	169	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	64
EMGALITY.....	120	<i>eq1 all day allergy</i>	96	<i>etoposide</i>	25
EMGALITY (300 MG DOSE).....	120	<i>eq1 b complex 50</i>	142	<i>etravirine</i>	39
EMOLLIA-CREME.....	169	<i>eq1 b-12</i>	142	<i>eucerin advanced repair</i>	169
<i>emollient base</i>	56	<i>eq1 b-6</i>	142	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
EMSAM.....	115	<i>eq1 biotin</i>	142	HAND.....	169
<i>emtricitabine</i>	39	<i>eq1 calcium citrate/vitamin d</i>	131	EUCERIN CALMING DAILY	
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	41	<i>eq1 calcium citrate/vitamin d3</i>	131	MOIST.....	169
EMTRIVA.....	39	<i>eq1 calcium/vitamin d</i>	131	EUCERIN PLUS.....	169
EMVERM.....	43	<i>eq1 calcium/vitamin d3</i>	131	EUCERIN SKIN CALMING.....	169
EMZAHH.....	63	<i>eq1 century</i>	143	EULEXIN.....	23
<i>enalapril maleate</i>	55	<i>eq1 century mature</i>	142	EUTHYROX.....	57
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	54	<i>eq1 century mature adults 50+</i>	142	EVAC.....	79
ENBREL.....	26	<i>eq1 century mens</i>	142	EVAC-U-GEN.....	79
ENBREL MINI.....	26	<i>eq1 child multivit/minerals</i>	143	<i>everolimus</i>	16, 29
ENBREL SURECLICK.....	27	<i>eq1 coq10</i>	125	EVOTAZ.....	41
ENDOCET.....	34	<i>eq1 cough dm</i>	104	EXEL COMFORT POINT PEN	
ENDUR-ACIN.....	142	<i>eq1 iron supplement therapy</i>	87	NEEDLE.....	61
ENDUR-C.....	142	<i>eq1 one daily mens 50+ advance</i> ...	143	<i>exemestane</i>	23
<i>enema</i>	79	<i>eq1 one daily mens health</i>	143	<i>eye health + lutein</i>	143
<i>enema ready-to-use</i>	79	<i>eq1 one daily womens 50+ adv</i>	143	<i>eye multivitamin/sodium</i>	143
ENEMEEZ KIDS MINI ENEMA.....	79	<i>eq1 slow release iron</i>	87	EYSUVIS.....	92
ENEMEEZ MINI.....	79	<i>eq1 super b complex/vitamin c</i>	143	<i>ezetimibe</i>	50
ENEMEEZ PLUS.....	79	<i>eq1 vision formula</i>	143	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	51
ENFAMIL ENFALYTE.....	127	<i>eq1 vitamin b-12</i>	143	FABRAZYME.....	69
ENGERIX-B.....	30	<i>eq1 vitamin c</i>	143	FALMINA.....	64
ENILLORING.....	63	<i>eq1 vitamin c/rose hips</i>	143	<i>famciclovir</i>	45
<i>enoxaparin sodium</i>	85	<i>eq1 vitamin d3</i>	143	<i>famotidine</i>	72, 73
ENPRESSE-28.....	63	<i>eq1 vitamin e</i>	143	<i>famotidine (pf)</i>	72
ENSKYCE.....	63	<i>ergocalciferol</i>	143	<i>famotidine premixed</i>	73
ENSTILAR.....	166	<i>ergotamine-caffeine</i>	120	FANAPT.....	117
<i>entacapone</i>	113	ERIVEDGE.....	16	FANAPT TITRATION PACK.....	117
<i>entecavir</i>	45	ERLEADA.....	23	FANTASY LUBRICATED.....	64
ENTRESTO.....	53	<i>erlotinib hcl</i>	16	FANTASY	
<i>enulose</i>	79	ERRIN.....	63	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	64
EPCLUSA.....	45	<i>ertapenem sodium</i>	43	FARXIGA.....	59
EPIDIOLEX.....	110	<i>ery</i>	164	FASENRA.....	100
<i>epinephrine</i>	100	ERY-TAB.....	47	FASENRA PEN.....	100
<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	55	ERYTHROCIN LACTOBIONATE...	47	FC2 FEMALE CONDOM.....	64
EPITOL.....	110	<i>erythromycin</i>	48, 91, 164	<i>felbamate</i>	110
<i>eplerenone</i>	49	<i>erythromycin base</i>	47	<i>felodipine er</i>	52
EPRONTIA.....	110	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	48	<i>fem-cal citrate</i>	131
<i>epsom salt</i>	79	<i>erythromycin lactobionate</i>	48	<i>fenofibrate</i>	51
<i>eq calcium 500+d</i>	130	<i>escitalopram oxalate</i>	115	<i>fenofibrate micronized</i>	51
<i>eq calcium 600+d</i>	130	<i>esomeprazole magnesium</i>	78	<i>fentanyl</i>	35
<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	130	ESSENTIA.....	143	FERAHEME.....	87
<i>eq calcium citrate+d</i>	130	<i>essential balance</i>	143	FERATE.....	87
<i>eq complete multivit adult 50+</i>	142	ESTARYLLA.....	63	FERGON.....	87
<i>eq complete multivitamin child</i>	142	ESTER-C.....	143	FERIVA 21/7.....	87
<i>eq complete multivitamin-adult</i>	142	<i>estradiol</i>	70	<i>ferocon</i>	87

FEROSUL.....	87	<i>fluconazole in sodium chloride</i>	41	<i>ft antacid & antigas</i>	73
FERRALET 90.....	87	<i>flucytosine</i>	41	<i>ft antacid regular strength</i>	73
<i>ferretts</i>	87	<i>fludrocortisone acetate</i>	71	<i>ft anti-diarrheal</i>	74
FERREX 150.....	87	<i>flunisolide</i>	102	<i>ft antifungal</i>	163
<i>ferric x-150</i>	87	<i>fluocinolone acetonide</i>	94, 166	<i>ft aspirin</i>	36
FERRLECIT.....	87	<i>fluocinolone acetonide body</i>	166	<i>ft aspirin low dose</i>	36
<i>ferrous fumarate</i>	87	<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	166	<i>ft athletes foot (clotrimaz)</i>	163
<i>ferrous gluconate</i>	87	<i>fluocinonide</i>	166, 167	<i>ft athletes foot (terbinafine)</i>	163
<i>ferrous sulfate</i>	87	<i>fluocinonide emulsified base</i>	166	<i>ft children's pain/fever</i>	36
<i>ferrous sulfate er</i>	87	<i>fluorometholone</i>	91	<i>ft clearlax</i>	79
FETZIMA.....	115	<i>fluorouracil</i>	24, 169	<i>ft earwax removal</i>	171
FETZIMA TITRATION.....	115	<i>fluoxetine hcl</i>	115	<i>ft earwax removal kit</i>	171
FEVERALL ADULTS.....	36	<i>fluphenazine decanoate</i>	117	<i>ft enteric coated aspirin</i>	36
FEVERALL CHILDRENS.....	36	<i>fluphenazine hcl</i>	117	<i>ft fiber laxative</i>	79
FEVERALL INFANTS.....	36	<i>flurbiprofen</i>	33	<i>ft gas relief</i>	76
FEVERALL JUNIOR STRENGTH... 36		<i>flurbiprofen sodium</i>	91	<i>ft gas relief extra strength</i>	76
<i>fexofenadine hcl</i>	96	<i>fluticasone propionate</i>	102, 167	<i>ft gas relief infants</i>	76
FIASP.....	61	<i>fluticasone-salmeterol</i>	99	<i>ft gas relief ultra strength</i>	77
FIASP FLEXTOUCH.....	61	<i>fluvoxamine maleate</i>	114	<i>ft gentle laxative</i>	79
FIASP PENFILL.....	61	<i>folate</i>	144	<i>ft ibuprofen</i>	33
FIASP PUMPCART.....	61	<i>folbee</i>	144	<i>ft ibuprofen childrens</i>	33
<i>fiber</i>	79	<i>folbee plus</i>	144	<i>ft ibuprofen ib childrens</i>	33
<i>fiber laxative</i>	79	FOLBIC.....	144	<i>ft laxative</i>	79
<i>fiber laxative + calcium</i>	79	<i>folic acid</i>	144	<i>ft lice killing max st</i>	167
<i>fiber-lax</i>	79	FOLIFLEX.....	144	<i>ft milk of magnesia</i>	79
<i>finasteride</i>	85	<i>folika-bc</i>	144	<i>ft mineral oil</i>	79
FINEST NUTRITION VITAMIN B-12.....	143	FOLITAB 500.....	87	<i>ft mucus relief 12hr</i>	104
<i>finngolimod hcl</i>	121	<i>folite</i>	144	<i>ft mucus relief dm</i>	104
FINTEPLA.....	110	FOLITIN-Z.....	144	<i>ft nasal decongestant max str</i>	104
FINZALA.....	64	FOLIVANE-F.....	87	<i>ft nasal decongestant pe</i>	104
FIRMAGON.....	23	FOLIVANE-PLUS.....	87	<i>ft nasal spray</i>	104
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	23	FOLIXAPURE.....	144	<i>ft nicotine</i>	123
<i>first aid antiseptic</i>	169	<i>folplex 2.2</i>	144	<i>ft pain relief</i>	36
FLAC.....	94	FOLTABS 800.....	144	<i>ft pain relief adult extra st</i>	36
FLAREX.....	91	FOLTANX.....	144	<i>ft senna laxatives</i>	80
FLEBOGAMMA DIF.....	28	FOLTRATE.....	144	<i>ft senna-s</i>	80
<i>flecainide acetate</i>	50	FOLTREXYL.....	144	<i>ft stomach relief</i>	74
FLEET ENEMA.....	79	<i>fondaparinux sodium</i>	85	<i>ft stool softener</i>	80
FLEXICHAMBER.....	100	<i>fosamprenavir calcium</i>	39	<i>ft tussin adult</i>	104
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA.....	143	<i>fosinopril sodium</i>	55	<i>ft tussin cf adult</i>	104
FLINSTONES COMPLETE.....	143	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	54	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	144
FLINSTONES GUMMIES.....	143	FOTIVDA.....	16	FULPHILA.....	86
FLINSTONES GUMMIES BONE BUILD.....	143	<i>freedavite</i>	144	<i>fulvestrant</i>	23
FLINSTONES GUMMIES COMPLETE.....	143	<i>fruit c</i>	144	FUNGOID TINCTURE.....	163
FLINSTONES GUMMIES-IMMUNITY.....	143	<i>fruit c 500</i>	144	<i>furosemide</i>	54
FLINSTONES PLUS CALCIUM... 143		<i>fruity c</i>	144	FUSION.....	87
FLINSTONES PLUS EXTRA.....	143	<i>fruity chews</i>	144	FUSION PLUS.....	87
IRON.....	143	FRUZAQLA.....	16	FUZEON.....	39
FLINSTONES SOUR GUMMIES.....	143	<i>ft 12 hour cough relief</i>	104	FYAVOLV.....	70
FLINSTONES W/IRON.....	144	<i>ft 8 hour pain relief</i>	36	FYCOMPA.....	110
FLINSTONES/MY FIRST.....	144	<i>ft all day allergy</i>	96	<i>gabapentin</i>	110, 111, 122
FLORIVA PLUS.....	144	<i>ft all day allergy 24 hour</i>	96	<i>galantamine hydrobromide</i>	114
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	43	<i>ft all day allergy relief</i>	96	<i>galantamine hydrobromide er</i>	114
<i>fluconazole</i>	41	<i>ft all day allergy-d</i>	104	GALLIFREY.....	72
		<i>ft allergy childrens</i>	96	GAMASTAN.....	28
		<i>ft allergy relief</i>	96	GAMMAGARD.....	28
		<i>ft allergy relief 12 hour</i>	96	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	28
		<i>ft allergy relief 24 hour</i>	96	GAMMAKED.....	28
		<i>ft allergy relief childrens</i>	96	GAMMAPLEX.....	29
		<i>ft allergy relief-d</i>	104	GAMUNEX-C.....	29

<i>ganciclovir sodium</i>	45	<i>glycerin (infants & children)</i>	80	<i>gnp gas relief extra strength</i>	77
GARDASIL 9.....	30, 31	<i>glycerin adult</i>	80	<i>gnp gentle laxative</i>	80
<i>gas relief</i>	77	<i>glycerin childrens</i>	80	<i>gnp glycerin (adult)</i>	80
<i>gas relief extra strength</i>	77	GLYCOLAX.....	80	<i>gnp glycerin child</i>	80
<i>gas relief infants</i>	77	<i>glycopyrrolate</i>	76	<i>gnp hair/skin/nails</i>	145
<i>gas relief ultra strength</i>	77	GLYDO.....	165	<i>gnp healthy eyes</i>	145
GAS-X EXTRA STRENGTH.....	77	GLYXAMBI.....	59	<i>gnp ibuprofen</i>	33
GAS-X ULTRA STRENGTH.....	77	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	36	<i>gnp ibuprofen childrens</i>	33
<i>gatifloxacin</i>	91	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	36	<i>gnp ibuprofen infants</i>	33
GATTEX.....	77	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	36	<i>gnp infant gas relief</i>	77
<i>gavilax</i>	80	<i>gnp acetaminophen</i>	37	<i>gnp infants pain/fever</i>	37
GAVILYTE-C.....	80	<i>gnp all day allergy</i>	97	<i>gnp iron</i>	87
GAVILYTE-G.....	80	<i>gnp all day allergy childrens</i>	97	<i>gnp lice treatment</i>	167
GAVILYTE-N WITH FLAVOR PACK.....	80	<i>gnp all day allergy-d</i>	104	<i>gnp lidocaine pain relief</i>	169
GAVRETO.....	16	<i>gnp allergy</i>	97	<i>gnp little ones childrens</i>	145
<i>gefitinib</i>	16	<i>gnp allergy & congestion</i>	104	<i>gnp loperamide hcl</i>	75
<i>gemcitabine hcl</i>	24	<i>gnp allergy relief</i>	97	<i>gnp loratadine</i>	97
<i>gemfibrozil</i>	51	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	97	<i>gnp loratadine childrens</i>	97
<i>genadek step 1</i>	144	<i>gnp allergy relief max st</i>	97	<i>gnp lubricant eye drops (pf)</i>	92
<i>genadek step 2</i>	144	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	104	<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	92
<i>generlac</i>	80	<i>gnp antacid</i>	73	<i>gnp magnesium oxide</i>	73
GENGRAF.....	29	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	73	<i>gnp mega multi for men</i>	145
GENOTROPIN.....	69	<i>gnp antacid regular strength</i>	73	<i>gnp mega multi for women</i>	145
GENOTROPIN MINIQUICK.....	69	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	43	<i>gnp melatonin</i>	125
<i>gentamicin in saline</i>	43	<i>gnp anti-diarrheal</i>	74, 75	<i>gnp melatonin maximum strength</i> ..	125
<i>gentamicin sulfate</i>	43, 91, 165	<i>gnp anti-gas</i>	77	<i>gnp miconazole 1</i>	83
GENTEAL SEVERE.....	92	<i>gnp anti-itch</i>	169	<i>gnp miconazole 3</i>	83
GENTEAL TEARS.....	92	<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	169	<i>gnp miconazole 7</i>	83
GENTEAL TEARS MODERATE PF	92	<i>gnp artificial tears</i>	92	<i>gnp miconazorb af</i>	163
GENTEAL TEARS PF.....	92	<i>gnp aspirin</i>	37	<i>gnp milk of magnesia</i>	80
GENTEAL TEARS SEVERE		<i>gnp aspirin low dose</i>	37	<i>gnp mineral oil</i>	80
DAY/NIGHT.....	92	<i>gnp athletes foot</i>	163	<i>gnp mucus er</i>	104
<i>gentle laxative</i>	80	<i>gnp bacitracin zinc</i>	165	<i>gnp nasal decongestant</i>	104
<i>gentlelax</i>	80	<i>gnp biotin</i>	144	<i>gnp nasal decongestant pe</i>	104
GENVOYA.....	41	<i>gnp cal mag zinc +d3</i>	131	<i>gnp nasal four spray</i>	104
GERBER GROW MIGHTY.....	144	<i>gnp calamine</i>	169	<i>gnp nasal spray</i>	104
GERBER LIL' BRAINIES.....	144	<i>gnp calcium</i>	131	<i>gnp nasal spray extra moist</i>	104
<i>geri-dryl</i>	97	<i>gnp calcium 500 +d3</i>	131	<i>gnp nasal spray fast acting</i>	104
<i>geri-kot</i>	80	<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	131	<i>gnp natural fiber</i>	80
<i>geri-lanta</i>	73	<i>gnp calcium 600 +d3</i>	131	<i>gnp nicotine</i>	123
<i>geri-lanta maximum strength</i>	73	<i>gnp calcium citrate +d3</i>	131	<i>gnp nicotine mini</i>	123
<i>geri-mox</i>	73	<i>gnp childrens allergy</i>	97	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	123
GERITOL COMPLETE.....	144	<i>gnp childrens chewables/ex c</i>	144	<i>gnp no drip nasal spray</i>	104
<i>geri-tussin</i>	104	<i>gnp childrens ibuprofen</i>	33	<i>gnp one daily mens health 50+</i>	145
<i>gerivite complete</i>	144	<i>gnp children's pain & fever</i>	37	<i>gnp one daily mens/lycopene</i>	145
GILOTRIF.....	16	GNP CLEARLAX.....	80	<i>gnp one daily womens</i>	145
<i>glatiramer acetate</i>	121, 122	<i>gnp clotrimazole 3</i>	83	<i>gnp one daily womens 50+</i>	145
GLATOPA.....	122	<i>gnp co q10</i>	125	<i>gnp pain & fever childrens</i>	37
GLEOSTINE.....	14	<i>gnp co q-10</i>	125	<i>gnp pain & fever infants</i>	37
<i>glimepiride</i>	59	<i>gnp cough dm er</i>	104	<i>gnp pain relief</i>	37
<i>glipizide</i>	59	<i>gnp d 1000</i>	144	<i>gnp pain relief extra strength</i>	37
<i>glipizide er</i>	59	<i>gnp earwax removal drops</i>	171	<i>gnp pain relief nighttime</i>	123
<i>glipizide xl</i>	59	<i>gnp earwax removal kit</i>	171	<i>gnp pediatric electrolyte</i>	127
<i>glipizide-metformin hcl</i>	59	<i>gnp electrolyte solution</i>	127	<i>gnp petroleum jelly</i>	56
<i>global alcohol prep ease</i>	61	<i>gnp epsom salt</i>	80	<i>gnp pink bismuth</i>	75
<i>glucoten</i>	144	<i>gnp essential one daily</i>	144	<i>gnp pink bismuth ultra str</i>	75
<i>glutamine</i>	125	<i>gnp fiber</i>	80	<i>gnp povidone-iodine</i>	169
GLUTOSE 5.....	58	<i>gnp fiber-caps</i>	80	<i>gnp prenatal</i>	145
<i>glycerin (adult)</i>	80	<i>gnp folic acid</i>	145	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	105
		<i>gnp gas relief</i>	77	<i>gnp senna lax</i>	80

<i>gnp senna plus</i>	80	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	92	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	85
<i>gnp stomach relief</i>	75	<i>goodsense milk of magnesia</i>	81	<i>heparin sodium (porcine)</i>	85
<i>gnp stool softener</i>	80	<i>goodsense mineral oil</i>	81	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	85
<i>gnp stool softener ex st</i>	80	<i>goodsense mucus er</i>	105	HEPLISAV-B.....	31
<i>gnp stool softener/laxative</i>	81	<i>goodsense mucus relief child</i>	105	HERCEPTIN.....	16
<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	163	<i>goodsense nicotine</i>	123	HERCEPTIN HYLECTA.....	16
<i>gnp therapeutic-m</i>	145	<i>goodsense pain & fever child</i>	37	HERZUMA.....	16
<i>gnp tolnaftate</i>	163	<i>goodsense pain & fever infants</i>	37	HIBERIX.....	31
<i>gnp triple antibiotic</i>	165	<i>goodsense pain relief</i>	37	HIBICLENS.....	169
<i>gnp triple antibiotic plus</i>	165	<i>goodsense pain relief extra st</i>	37	<i>high potency multivitlfa</i>	146
<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	105	<i>goodsense senna laxative</i>	81	<i>high potency multivitamin</i>	146
<i>gnp tussin cough long acting</i>	105	<i>goodsense stomach relief</i>	75	<i>hm adult aspirin</i>	37
<i>gnp tussin dm</i>	105	<i>goodsense stool softener</i>	81	<i>hm all day allergy childrens</i>	97
<i>gnp tussin dm cough</i>	105	<i>goodsense tussin cf</i>	105	<i>hm arthritis pain relief</i>	37
<i>gnp tussin dm max</i>	105	<i>goodsense tussin dm</i>	105	<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	131
<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	105	<i>goodsense tussin dm max</i>	105	<i>hm complete men</i>	146
<i>gnp vitamin a</i>	145	<i>goodsense ultra lubricant drop</i>	92	<i>hm complete women</i>	146
<i>gnp vitamin b-1</i>	145	<i>granisetron hcl</i>	75	<i>hm cough dm</i>	105
<i>gnp vitamin b-12</i>	145	<i>griseofulvin microsize</i>	41	<i>hm enema</i>	81
<i>gnp vitamin b-6</i>	145	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	41	<i>hm fexofenadine hcl</i>	97
<i>gnp vitamin c</i>	145	<i>guaifenesin</i>	105	<i>hm ibuprofen childrens</i>	33
<i>gnp vitamin c drops</i>	145	<i>guaifenesin er</i>	105	<i>hm loratadine</i>	97
<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	145	<i>guaifenesin-codeine</i>	105	<i>hm loratadine childrens</i>	97
<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	145	<i>guaifenesin-dm</i>	105	<i>hm nicotine polacrilex</i>	123
<i>gnp vitamin d</i>	145	<i>guanfacine hcl</i>	55	<i>hm pain relief</i>	37
<i>gnp vitamin d maximum strength</i> ...	145	<i>guanfacine hcl er</i>	124	<i>hm petroleum jelly</i>	56
<i>gnp vitamin d super strength</i>	145	GUMMI BEAR		<i>hm stomach relief</i>	75
<i>gnp vitamin d3</i>	145	MULTIVITAMIN/MIN.....	145	<i>hm stomach relief ultra</i>	75
<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	145	HAEGARDA.....	86	<i>hm stool softener/laxative</i>	81
<i>gnp vitamin e</i>	145	HAILEY 1.5/30.....	64	<i>hm womens 50+ advanced daily</i> ...	146
<i>gnp womens gentle laxative</i>	81	HAILEY 24 FE.....	64	HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	146
<i>gnp zinc oxide</i>	169	<i>hair skin & nails</i>	145	HUMIRA (2 PEN).....	27
GOLD BOND ULTIMATE		<i>hair skin & nails advanced</i>	145	HUMIRA (2 SYRINGE).....	27
HEALING.....	169	<i>hair skin nails</i>	145	HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	27
<i>goodsense advanced antacid</i>	74	<i>hair/skin/nails</i>	145	HUMIRA-PED>/=40KG UC	
<i>goodsense all day allergy</i>	97	<i>halobetasol propionate</i>	167	STARTER.....	27
<i>goodsense all day allergy-d</i>	105	HALOETTE.....	64	HUMIRA-PSORIASIS/UEIT	
<i>goodsense aller-ease</i>	97	<i>haloperidol</i>	117	STARTER.....	27
<i>goodsense allergy relief</i>	97	<i>haloperidol decanoate</i>	117	HUMULIN R U-500	
<i>goodsense allergy relief child</i>	97	<i>haloperidol lactate</i>	117	(CONCENTRATED).....	61
<i>goodsense antacid</i>	74	HARD NAILS.....	146	HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	61
<i>goodsense antacid & gas relief</i>	74	HARVONI.....	45	HYCODAN.....	105
<i>goodsense anti-diarrheal</i>	75	HAVRIX.....	31	<i>hydralazine hcl</i>	55
<i>goodsense arthritis pain</i>	37	<i>healthy eyes</i>	146	HYDRALYTE.....	127
<i>goodsense artificial tears</i>	92	<i>healthy eyes supervision 2</i>	146	HYDRASYN25.....	169
<i>goodsense aspirin adults</i>	37	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	146	<i>hydrochlorothiazide</i>	54
<i>goodsense aspirin low dose</i>	37	<i>healthy hair/skin/nails</i>	146	<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	105
<i>goodsense athletes foot</i>	163	<i>healthy kids gummies</i>	146	<i>hydrocodone bitartrate er</i>	35
<i>goodsense bisacodyl laxative</i>	81	HEALTHY MAMA SHAKE THAT		<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	105
GOODSENSE CLEARLAX.....	81	ACHE.....	37	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	34
<i>goodsense cough dm</i>	105	HEALTHY MAMA TAME THE		<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	34
<i>goodsense cough dm childrens</i>	105	FLAME.....	74	<i>hydrocortisone</i>	71, 78, 167
<i>goodsense electrolyte</i>	127	HEALTHYLAX.....	81	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	169
<i>goodsense enema</i>	81	HEATHER.....	64	<i>hydrocortisone sod suc (pf)</i>	71
<i>goodsense epsom salt</i>	81	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	127	<i>hydrocortisone valerate</i>	167
<i>goodsense first aid antibiotic</i>	165	HEMATEX.....	87	<i>hydromet</i>	105
<i>goodsense ibuprofen</i>	33	<i>hematinic/folic acid</i>	87	<i>hydromorphone hcl</i>	34
<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	33	HEMATOGEN FA.....	88	<i>hydrous emulsified base</i>	56
<i>goodsense ibuprofen infants</i>	33	HEMATOGEN FORTE.....	88	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	146
<i>goodsense lice killing</i>	167	HEMOCYTE PLUS.....	88	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30

<i>hydroxyurea</i>	25	INTELISWAB COVID-19 RAPID TEST.....	43	JUNEL FE 1.5/30.....	64
<i>hydroxyzine hcl</i>	97	INTRALIPID.....	134	JUNEL FE 1/20.....	64
<i>hydroxyzine pamoate</i>	97	INTROVALE.....	64	JUNEL FE 24.....	64
<i>hylazinc</i>	146	INVEGA HAFYERA.....	118	<i>just 4 kidz multivitamin/probiotic</i>	146
<i>ibandronate sodium</i>	72	INVEGA SUSTENNA.....	118	JYLAMVO.....	30
IBRANCE.....	16	INVEGA TRINZA.....	118	JYNNEOS.....	31
IBU.....	33	IPOL.....	31	KADCYLA.....	17
<i>ibuprofen</i>	33	<i>ipratropium bromide</i>	95	KAITLIB FE.....	64
<i>ibuprofen childrens</i>	33	<i>ipratropium-albuterol</i>	98	KALYDECO.....	100
<i>ibuprofen infants</i>	33	<i>irbesartan</i>	50	KANJINTI.....	17
<i>ibuprofen junior strength</i>	33	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	53	KARIVA.....	64
ICAPS.....	146	<i>irinotecan hcl</i>	25	<i>kcl (0.149%) in nacl</i>	126
ICAPS AREDS FORMULA.....	146	<i>iron</i>	88	<i>kcl in dextrose-nacl</i>	126
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	146	<i>iron 27</i>	88	KELNOR 1/35.....	64
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN... ..	146	<i>iron chews pediatric</i>	88	KELNOR 1/50.....	64
ICAPS MV.....	146	<i>iron folate plus</i>	88	KERADAN.....	169
ICAR.....	88	<i>iron folate-f</i>	88	KERENDIA.....	50
<i>icatibant acetate</i>	86	<i>iron high-potency</i>	88	KERR TRIPLE DYE SWABS.....	169
ICLEVIA.....	64	<i>iron slow release</i>	88	KESIMPTA.....	122
ICLUSIG.....	16	<i>iron supplement</i>	88	<i>ketoconazole</i>	41, 163
IDACIO (2 PEN).....	27	IRON UP.....	88	KETO-DIASTIX.....	69
IDACIO (2 SYRINGE).....	27	IS-D 10,000.....	146	<i>ketorolac tromethamine</i>	91
IDACIO-CROHNS/UC STARTER... ..	27	ISENTRESS.....	39	KEYTRUDA.....	17
IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	27	ISENTRESS HD.....	39	<i>kimono</i>	64
IDHIFA.....	16	ISIBLOOM.....	64	KIMONO COLORS.....	64
IFEREX 150.....	88	ISOLYTE-P IN D5W.....	125	KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	64
IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	43	ISOLYTE-S PH 7.4.....	126	<i>kimono micro thin</i>	64
<i>imatinib mesylate</i>	16, 17	<i>isoniazid</i>	40	<i>kimono micro thin plus</i>	64
IMBRUVICA.....	17	<i>isosorbide dinitrate</i>	56	<i>kimono plus</i>	64
<i>imipenem-cilastatin</i>	43	<i>isosorbide mononitrate</i>	56	<i>kimono sensation</i>	64
<i>imipramine hcl</i>	115	<i>isosorbide mononitrate er</i>	56	<i>kimono sensation plus</i>	64
<i>imiquimod</i>	169	<i>isotretinoin</i>	164	KIMONO SPECIAL.....	64
<i>imkeldi</i>	17	<i>isradipine</i>	53	KINDERLYTE.....	127
<i>immune support</i>	146	<i>itch relief extra strength</i>	169	KINDERLYTE PREMAX.....	127
IMMUNERX.....	146	ITOVEBI.....	17	KINRIX.....	31
IMOVAX RABIES.....	31	<i>itraconazole</i>	41	KIONEX.....	58
IMPAVIDO.....	43	<i>ivabradine hcl</i>	55	KISQALI (200 MG DOSE).....	17
INBRIJA.....	113	<i>ivermectin</i>	43	KISQALI (400 MG DOSE).....	17
INCASSIA.....	64	<i>i-vite</i>	146	KISQALI (600 MG DOSE).....	17
INCRELEX.....	69	IWILFIN.....	25	KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	17
INCRUSE ELLIPTA.....	95	IXCHIQ.....	31	KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	17
<i>indapamide</i>	54	IXIARO.....	31	KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	17
INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	43	JAKAFI.....	17	KLAYESTA.....	163
INFANRIX.....	31	JANTOVEN.....	85	KLOR-CON.....	127
<i>infants gas relief</i>	77	JANUMET.....	59	KLOR-CON 10.....	126
<i>infants ibuprofen</i>	33	JANUMET XR.....	59	KLOR-CON M10.....	127
INFED.....	88	JANUVIA.....	59	KLOR-CON M15.....	127
<i>infliximab</i>	27	JARDIANCE.....	59	KLOR-CON M20.....	127
INFUVITE ADULT.....	146	JASMIEL.....	64	KLS ALLERCLEAR D-24HR.....	105
INFUVITE PEDIATRIC.....	146	JAVYGTOR.....	69	KLS ALLER-TEC D.....	105
INJECTAFER.....	88	JAYPIRCA.....	17	<i>kobee</i>	146
INLYTA.....	17	JENTADUETO.....	59	KOSELUGO.....	18
INQOVI.....	24	JENTADUETO XR.....	59	KOURZEQ.....	162
INREBIC.....	17	JINTELI.....	70	<i>kp adults 50+ daily formula</i>	146
INSPIREASE.....	100	JOLESSA.....	64	<i>kp adults daily formula</i>	146
INTEGRA.....	88	JULEBER.....	64	<i>kp b complex-c</i>	146
INTEGRA F.....	88	JULUCA.....	41	<i>kp bisacodyl</i>	81
INTEGRA PLUS.....	88	JUNEL 1.5/30.....	64		
INTELENCE.....	39	JUNEL 1/20.....	64		

<i>kp calcium 600+d</i>	131	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18	<i>lohist-dm</i>	106
<i>kp calcium citrate+d</i>	131	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18	LOKELMA.....	58
<i>kp calcium-magnesium-zinc</i>	131	LESSINA.....	65	LOMAIRA.....	72
<i>kp ferrous gluconate</i>	88	<i>letrozole</i>	23	LONSURF.....	24
<i>kp ferrous sulfate</i>	88	<i>leucovorin calcium</i>	24	<i>loperamide hcl</i>	75, 77
<i>kp folic acid</i>	146	<i>leuprolide acetate</i>	23	<i>lopinavir-ritonavir</i>	41
<i>kp mag-oxide magnesium</i>	131	<i>levabuterol hcl</i>	95	<i>loradamed</i>	97
<i>kp melatonin</i>	125	<i>levabuterol tartrate</i>	95	<i>loratadine</i>	97
<i>kp mens 50+ daily formula</i>	146	<i>levetiracetam</i>	111, 122	<i>loratadine childrens</i>	97
<i>kp mens daily formula</i>	146	<i>levetiracetam er</i>	111	<i>loratadine-d 12hr</i>	106
<i>kp niacin</i>	146	<i>levetiracetam in nacl</i>	122	<i>loratadine-d 24hr</i>	106
<i>kp prenatal multivitamins</i>	146	<i>levobunolol hcl</i>	90	<i>lorazepam</i>	114
<i>kp pseudoephedrine hcl</i>	105	<i>levocarnitine</i>	69	LORAZEPAM INTENSOL.....	114
<i>kp senna</i>	81	<i>levocetirizine dihydrochloride</i>	97	LORBRENA.....	18
KP VISION FORMULA.....	146	<i>levofloxacin</i>	48	LORYNA.....	65
KP VISION FORMULA/LUTEIN.....	146	<i>levofloxacin in d5w</i>	48	<i>losartan potassium</i>	50
<i>kp vitamin b-12</i>	147	LEVONEST.....	65	<i>losartan potassium-hctz</i>	53
<i>kp vitamin b-6</i>	147	<i>levonorgest-eth est & eth est</i>	65	LOTEMAX.....	91
<i>kp vitamin d</i>	147	<i>levonorgest-eth estrad 91-day</i>	65	<i>loteprednol etabonate</i>	91
<i>kp vitamin d3</i>	147	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad</i>	65	<i>lovastatin</i>	51
<i>kp womens 50+ daily formula</i>	147	<i>levonorg-eth estrad triphasic</i>	65	LOW-OGESTREL.....	65
<i>kp womens daily formula</i>	147	LEVORA 0.15/30 (28).....	65	<i>loxapine succinate</i>	118
K-PAX IMMUNE PROFESSIONAL		LEVO-T.....	57	<i>lubricant eye drops</i>	93
ST.....	147	<i>levothyroxine sodium</i>	57	<i>lubricant eye drops (pf)</i>	92
KRAZATI.....	18	LEVOXYL.....	57	<i>lubricant eye drops pf</i>	93
KURVELO.....	64	<i>l-glutamine</i>	86, 125	<i>lubricating eye drops</i>	93
<i>labetalol hcl</i>	52	LIBERVANT.....	111	LUMAKRAS.....	18
LAC-HYDRIN FIVE.....	169	<i>lice killing</i>	167	LUMIGAN.....	90
<i>lacosamide</i>	111, 122	<i>lice killing maximum strength</i>	167	LUMIZYME.....	69
<i>lactated ringers</i>	126	<i>lidocaine</i>	165, 169	LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	23
<i>lactulose</i>	81	<i>lidocaine hcl</i>	37, 165	LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	23
<i>lactulose encephalopathy</i>	81	<i>lidocaine hcl (pf)</i>	37	LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	69
<i>lamivudine</i>	39, 45	<i>lidocaine pain relief</i>	169	LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	69
<i>lamivudine-zidovudine</i>	41	<i>lidocaine pain relief max st</i>	169	LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	69
<i>lamotrigine</i>	111	<i>lidocaine pain relieving</i>	169	<i>lurasidone hcl</i>	118
<i>lamotrigine er</i>	111	<i>lidocaine viscous hcl</i>	162	LUTERA.....	65
<i>lanreotide acetate</i>	69	<i>lidocaine-prilocaine</i>	165	LYBALVI.....	118
<i>lansoprazole</i>	78	LIDOCAN.....	165	LYLEQ.....	65
<i>lapatinib ditosylate</i>	18	LILETTA (52 MG).....	65	LYLLANA.....	70
LARIN 1.5/30.....	64	<i>linezolid</i>	43	LYNPARZA.....	18
LARIN 1/20.....	65	<i>linezolid in sodium chloride</i>	43	LYSIPLEX PLUS.....	147
LARIN 24 FE.....	65	LINZESS.....	77	LYSODREN.....	23
LARIN FE 1.5/30.....	65	<i>liothyronine sodium</i>	57	LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE).....	18
LARIN FE 1/20.....	65	<i>liquid acetaminophen</i>	37	LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE).....	18
<i>latanoprost</i>	90	<i>liquid allergy relief</i>	97	LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE).....	19
<i>laxative</i>	81	<i>liquid pain relief</i>	37	LYZA.....	65
<i>laxative max str</i>	81	<i>lisinopril</i>	56	MACULAR HEALTH FORMULA.....	147
<i>laxative regular strength</i>	81	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide</i>	54	MACUVITE.....	147
LAYOLIS FE.....	65	<i>lithium</i>	120	MACUVITE EYE CARE.....	147
LAZCLUZE.....	18	<i>lithium carbonate</i>	120	MACUVITE/LUTEIN.....	147
<i>leader finger cream</i>	169	<i>lithium carbonate er</i>	120	MAG64.....	131
LEENA.....	65	LIVTENCITY.....	45	<i>mag-al plus</i>	74
<i>leflunomide</i>	30	<i>l-methylfolate</i>	147	<i>mag-al plus xs</i>	74
<i>lenalidomide</i>	25	<i>l-methylfolate calcium</i>	147	MAGDELAY.....	131
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE)....	18	<i>l-methylfolate-b6-b12</i>	147	<i>mag-g</i>	131
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE)....	18	<i>l-methyl-mc</i>	147	MAGNEBIND 300.....	131
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE)....	18	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	65	MAGNEBIND 400.....	131
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE)....	18	LOESTRIN 1/20 (21).....	65	<i>magnesium</i>	131
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE)....	18	LOESTRIN FE 1.5/30.....	65	<i>magnesium gluconate</i>	131
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE)....	18	LOESTRIN FE 1/20.....	65	<i>magnesium lactate</i>	131

<i>magnesium oxide</i>	74	<i>mercaptapurine</i>	24	MINTOX.....	74
<i>magnesium oxide -mg supplement</i>	131	MERIBIN.....	147	<i>mintox maximum strength</i>	74
<i>magnesium sulfate</i>	126	<i>meropenem</i>	43	MINTOX PLUS.....	74
<i>magnesium sulfate in d5w</i>	126	<i>mesalamine</i>	78	MIRALAX.....	81
<i>magnesium-aluminum-simethicone</i>	74	<i>mesalamine er</i>	78	<i>mirtazapine</i>	115, 116
MAGNESIUM-OXIDE.....	131	<i>mesalamine-cleanser</i>	78	<i>misoprostol</i>	77
MAGOX 400.....	131	<i>mesna</i>	24	MITIGARE.....	38
MAG-OXIDE.....	131	MESNEX.....	24	M-M-R II.....	31
MAG-TAB SR.....	131	METAFOLBIC.....	147	<i>m-natal plus</i>	127
<i>malathion</i>	167	METAFOLBIC PLUS.....	147	<i>modafinil</i>	122
<i>manganese chloride</i>	131	<i>metformin hcl</i>	59	<i>moexipril hcl</i>	56
MAOX.....	74	<i>metformin hcl er</i>	59	<i>moisturizing cream</i>	170
<i>mapap</i>	37	<i>methadone hcl</i>	35	<i>molindone hcl</i>	118
MAPAP CHILDRENS.....	37	METHADONE HCL INTENSOL.....	35	<i>mometasone furoate</i>	167
<i>maraviroc</i>	39	<i>methazolamide</i>	54	MONISTAT 1 DAY OR NIGHT.....	84
MAR-COF CG EXPECTORANT....	106	<i>methenamine hippurate</i>	43	MONISTAT 3.....	84
<i>marlissa</i>	65	<i>methimazole</i>	57	MONISTAT 3 COMBO PACK APP..	84
MARPLAN.....	115	<i>methocarbamol</i>	114	MONISTAT 7 COMBO PACK APP..	84
MATULANE.....	25	<i>methotrexate sodium</i>	24, 30	MONISTAT 7 SIMPLY CURE.....	84
MAVYRET.....	45	<i>methotrexate sodium (pf)</i>	24	MONJUVI.....	19
MAXALLERGY KIDS.....	98	<i>methsuximide</i>	111	MONOFERRIC.....	88
MAXIFED.....	106	<i>methylphenidate hcl</i>	124	MONO-LINYAH.....	66
MAXIMUM D3.....	147	<i>methylphenidate hcl er</i>	124	<i>montelukast sodium</i>	102
<i>maximum daily green</i>	147	<i>methylprednisolone</i>	71	MOOD FOOD.....	147
<i>maxi-tuss ac</i>	106	<i>methylprednisolone acetate</i>	71	MOOD FOOD ES.....	147
<i>maxi-tuss cd</i>	106	<i>methylprednisolone sodium succ</i>	71	<i>morphine sulfate</i>	34
<i>maxi-tuss g</i>	106	<i>methyltestosterone</i>	58	<i>morphine sulfate (concentrate)</i>	34
<i>maxi-tuss gmx</i>	106	<i>metoclopramide hcl</i>	76	<i>morphine sulfate er</i>	35
<i>maxx</i>	65	<i>metolazone</i>	54	MOUNJARO.....	60
<i>maxx plus</i>	65	<i>metoprolol succinate er</i>	52	MOVANTI.....	77
<i>m-dryl</i>	98	<i>metoprolol tartrate</i>	52	<i>moxifloxacin hcl</i>	48, 91
<i>meclizine hcl</i>	75	<i>metoprolol-hydrochlorothiazide</i>	52	<i>moxifloxacin hcl in nacl</i>	48
<i>medi-first triple antibiotic</i>	165	<i>metronidazole</i>	43, 83, 169, 170	<i>m-pap</i>	37
MEDPURA ZINC OXIDE.....	169	<i>metyrosine</i>	55	MRESVIA.....	31
<i>medroxyprogesterone acetate</i> ... 65,	72	<i>mgo</i>	132	MTX SUPPORT.....	147
<i>mefloquine hcl</i>	45	MIBELAS 24 FE.....	65	MUCINEX.....	106
<i>mega biotin</i>	147	<i>miconazole sodium</i>	41	MUCINEX CHILDRENS	
MEGA MULTI MEN.....	147	<i>miconazole 1</i>	83	FREEFROM.....	106
<i>megavite fruits & veggies</i>	147	<i>miconazole 3 combo-supp</i>	83	MUCINEX COLD CHILDRENS.....	106
<i>megavite golden years 55+</i>	147	<i>miconazole 7</i>	83	MUCINEX COUGH & CONGEST	
<i>megestrol acetate</i>	23, 72	<i>miconazole antifungal</i>	163	CHILD.....	106
<i>meijer advanced formula</i>	147	<i>miconazole nitrate</i>	83, 163	MUCINEX COUGH CHILDRENS..	106
<i>meijer c</i>	147	MICOTRIN AP.....	163	MUCINEX DM.....	106
<i>meijer ibuprofen</i>	33	MICROCHAMBER.....	100	MUCINEX FAST-MAX CHEST	
<i>meijer nasal decongestant</i>	106	<i>microderm base</i>	56	CONG MS.....	106
MEKINIST.....	19	MICROGESTIN 1.5/30.....	66	MUCINEX FAST-MAX CONGEST	
MEKTOVI.....	19	MICROGESTIN 1/20.....	66	COUGH.....	106
<i>melatonin</i>	56, 125	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	66	MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	106
<i>melatonin maximum strength</i>	125	MICROGESTIN FE 1/20.....	66	MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	106
<i>meloxicam</i>	33	MICROSOME BASE.....	56	MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &	
<i>memantine hcl</i>	114	MICROSPACER.....	100	COOL.....	106
<i>memantine hcl er</i>	114	<i>midodrine hcl</i>	55	MUCINEX SINUS-MAX	
<i>memantine hcl-donepezil hcl</i>	114	MIEBO.....	93	SINUS/ALLRGY.....	106
MENACTRA.....	31	<i>mifepristone</i>	69	<i>mucus relief</i>	107
MENQUADFI.....	31	MILI.....	66	<i>mucus relief cough childrens</i>	106
<i>mens 50+ advanced</i>	147	<i>milk of magnesia</i>	81	<i>mucus relief dm</i>	106
<i>mens 50+ multivitamin</i>	147	MIMVEY.....	70	<i>mucus relief dm max</i>	106
<i>mens daily formula/lycopene</i>	147	<i>mineral oil</i>	81	<i>mucus relief er</i>	107
<i>mens multivitamin</i>	147	<i>minocycline hcl</i>	49	<i>mucus relief max st</i>	107
MENVEO.....	31	<i>minoxidil</i>	55	MULTAQ.....	50

<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	147	MVW COMPLETE FORMULATION	NEO-POLYCIN.....	91
<i>multi adult gummies</i>	147	.....	NEO-POLYCIN HC.....	90
<i>multi complete/iron</i>	147	MVW COMPLETE FORMULATION	NEOQ10.....	125
<i>multi for her</i>	148	D3000.....	NEPHPLEX RX.....	149
<i>multi for her 50+</i>	147, 148	MVW COMPLETE FORMULATION	<i>nephro vitamins</i>	150
MULTI FOR HIM.....	148	D5000.....	NEPHRON FA.....	88
<i>multi for him 50+</i>	148	MVW COMPLETE FORMULATION	NEPHRONEX.....	150
<i>multi vitamin</i>	148	MINIS.....	NEPHRO-VITE.....	150
<i>multi vitamin w/d-3</i>	148	<i>mvw hi-d adek gummies</i>	NERLYNX.....	19
<i>multi vitamin/minerals</i>	148	MVW MODULATOR	<i>neti pot sinus wash</i>	100
MULTIGEN.....	88	FORMULATION.....	NEUTROGENA HAND.....	170
MULTIGEN PLUS.....	88	MVW MODULATOR	<i>nevirapine</i>	39
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	126	FORMULATION MINI.....	<i>nevirapine er</i>	39
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	126	<i>myamulti</i>	NEXLETOL.....	51
<i>multiple vit/minerals/no iron</i>	148	<i>mycophenolate mofetil</i>	NEXLIZET.....	51
<i>multiple vitamins</i>	148	<i>mycophenolate sodium</i>	NEXPLANON.....	66
<i>multiple vitamins essential</i>	148	MYCOZYL AP.....	<i>niacin</i>	150
<i>multiple vitamins/iron</i>	148	MYLANTA MAXIMUM STRENGTH.....	<i>niacin er</i>	150
<i>multiple vitamins/womens</i>	148	MYLICON INFANTS GAS RELIEF.....	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	51
<i>multiple vitamins-minerals</i>	148	MYNEPHRON.....	<i>niacinamide</i>	150
<i>multipro</i>	148	MYRBETRIQ.....	<i>nicardipine hcl</i>	53
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	148	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	NICODERM CQ.....	123
<i>multivit/multimineral adult</i>	148	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	NICOMIDE.....	150
<i>multivitamin</i>	148	<i>nabumetone</i>	NICORETTE.....	123
<i>multi-vitamin</i>	148	<i>nadolol</i>	NICORETTE MINI.....	123
<i>multivitamin & mineral</i>	148	<i>nafcellin sodium</i>	NICORETTE STARTER KIT.....	123
<i>multivitamin adult</i>	148	NAGLAZYME.....	<i>nicotinamide</i>	150
<i>multivitamin adult (minerals)</i>	148	<i>nalbuphine hcl</i>	<i>nicotine</i>	123
<i>multivitamin adults</i>	148	<i>naloxone hcl</i>	<i>nicotine mini</i>	123
<i>multivitamin adults 50+</i>	148	<i>naltrexone hcl</i>	<i>nicotine polacrilex</i>	123
<i>multivitamin childrens</i>	148	NAMZARIC.....	<i>nicotine polacrilex mini</i>	123
<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	148	NAPHCON-A.....	<i>nicotine step 1</i>	123
<i>multivitamin childrens gummies</i>	148	<i>naproxen</i>	<i>nicotine step 2</i>	123
<i>multivitamin drops/iron</i>	148	<i>naproxen dr</i>	<i>nicotine step 3</i>	123
<i>multi-vitamin gummies</i>	148	<i>naproxen sodium</i>	NICOTROL.....	123
<i>multivitamin gummies adult</i>	148	<i>naratriptan hcl</i>	NICOTROL NS.....	123
<i>multivitamin gummies mens</i>	148	<i>nasal decongestant</i>	<i>nifedipine er</i>	53
<i>multivitamin gummies womens</i>	148	<i>nasal decongestant pe</i>	<i>nifedipine er osmotic release</i>	53
<i>multivitamin infant & toddler</i>	148	<i>nasal decongestant pe max st</i>	NIFEREX.....	88
<i>multivitamin men 50+</i>	148	<i>nasal decongestant spray</i>	NIKKI.....	66
<i>multi-vitamin monocaps</i>	148	<i>nasal four</i>	<i>nilutamide</i>	23
<i>multivitamin w/fluoride</i>	148	<i>nasal relief</i>	<i>nimodipine</i>	53
<i>multivitamin women</i>	149	<i>nasal spray 12 hour</i>	NINJACOF-XG.....	107
<i>multivitamin women 50+</i>	148	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	NINLARO.....	19
<i>multivitamin womens 50+ adv</i>	149	<i>nasal spray no drip</i>	<i>nitazoxanide</i>	43
<i>multivitamin/fluoride</i>	149	NASCOBAL.....	<i>nitisinone</i>	69
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	149	<i>nateglinide</i>	NITRO-BID.....	56
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	149	<i>natural close hips</i>	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	43
<i>multi-vitamin/iron</i>	149	<i>natural psyllium seed</i>	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	43
<i>multi-vitamin/minerals</i>	149	<i>natural senna laxative</i>	<i>nitroglycerin</i>	56, 170
<i>multivitamin/zinc stress</i>	149	<i>natural vitamin d-3</i>	NIVA-FOL.....	150
<i>multivitamin-minerals</i>	149	NAYZILAM.....	NIVANEX DMX.....	107
<i>multivitamins plus iron child</i>	149	<i>nebivolol hcl</i>	NIX CREME RINSE.....	167
<i>multi-vite</i>	149	NECON 0.5/35 (28).....	<i>nizatidine</i>	73
<i>multivit-min gummies childrens</i>	149	<i>nefazodone hcl</i>	<i>no drip nasal spray</i>	107
<i>mupirocin</i>	165	<i>neomycin sulfate</i>	<i>no iron mult vitamin-minerals</i>	150
MURINE EAR.....	171	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	<i>nohist-dm</i>	107
MURINE EAR WAX REMOVAL		<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	<i>non-aspirin</i>	37
SYSTEM.....	171	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	<i>non-aspirin extra strength</i>	37
MURO 128.....	93	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	NORA-BE.....	66

<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	66	ODEFSEY	41	ONE-A-DAY FOR HIM	
<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	66	ODOMZO	19	VITACRAVES	151
<i>norethindrone</i>	66	OFEV	100	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	151
<i>norethindrone acetate</i>	72	<i>ofloxacin</i>	91, 94	ONE-A-DAY MENOPAUSE	
<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	66	OGIVRI.....	19	FORMULA.....	151
<i>norethindrone-eth estradiol</i>	70	OGSIVEO.....	19	ONE-A-DAY MENS.....	151
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	66	OJEMDA.....	19	ONE-A-DAY MENS (MINERALS)..	151
<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	66	OJJAARA.....	19	ONE-A-DAY MENS 50+	151
<i>norgestimate-eth estradiol</i>	66	<i>olanzapine</i>	118	ONE-A-DAY MENS 50+	
<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	66	<i>olmesartan medoxomil</i>	50	ADVANTAGE.....	151
NORLYROC.....	66	<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	53	ONE-A-DAY MENS HEALTH	
NORTREL 0.5/35 (28).....	66	<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	53	FORMULA.....	151
NORTREL 1/35 (21).....	66	<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	51	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	151
NORTREL 1/35 (28).....	66	<i>omeprazole</i>	78	ONE-A-DAY PROACTIVE 65+	151
NORTREL 7/7/7	66	<i>omnicap</i>	150	ONE-A-DAY TEEN	
<i>nortriptyline hcl</i>	116	OMNIPOD 5 DEXG7G6 INTRO		ADVANTAGE/HER.....	151
NORVIR.....	39	GEN 5.....	61	ONE-A-DAY TEEN	
<i>norwegian cod liver oil</i>	150	OMNIPOD 5 DEXG7G6 PODS		ADVANTAGE/HIM.....	151
NOVAFERRUM.....	88	GEN 5.....	61	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	151
NOVAFERRUM 50.....	88	OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5)....	62	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT	
NOVAFERRUM PEDIATRIC		OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5)....	62	.....	151
DROPS.....	88	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6.....	62	ONE-A-DAY VITACRAVES	
NOVOLIN 70/30.....	61	OMNIPOD 5 LIBRE2 PLUS G6		IMMUNITY	151
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	61	PODS	62	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	151
NOVOLIN N.....	61	OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ONE-A-DAY	
NOVOLIN N FLEXPEN.....	61	3).....	62	VITACRAVES+OMEGA-3.....	151
NOVOLIN R.....	61	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4)..	62	ONE-A-DAY WEIGHT SMART	
NOVOLIN R FLEXPEN.....	61	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)..	62	ADVANCE.....	151
NOVOLOG.....	61	OMNIPOD GO.....	62	ONE-A-DAY WOMENS.....	152
NOVOLOG FLEXPEN.....	61	ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	43	ONE-A-DAY WOMENS 50 PLUS..	151
NOVOLOG MIX 70/30.....	61	ON/GO ONE COVID-19 HOME		ONE-A-DAY WOMENS 50+	152
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	61	TEST	43	ONE-A-DAY WOMENS 50+	
NOVOLOG PENFILL.....	61	ONCOVITE.....	150	ADVANTAGE.....	152
NUBEQA.....	23	<i>ondansetron</i>	76	ONE-A-DAY WOMENS HEALTHY	
NUDEXTA.....	120	<i>ondansetron hcl</i>	76	SKIN.....	152
NU-IRON.....	88	ONE A DAY MENS VITACRAVES	150	ONE-A-DAY WOMENS MIND &	
NULOJIX.....	30	<i>one daily calcium/iron</i>	150	BODY.....	152
NUPLAZID.....	118	<i>one daily complete</i>	150	ONE-A-DAY WOMENS PETITES.	152
NURTEC.....	120	ONE DAILY ESSENTIAL.....	150	ONE-A-DAY WOMENS	
NUTRADERM.....	170	<i>one daily for men 50+ advanced</i>	150	VITACRAVES.....	152
NUTRILIPID.....	134	<i>one daily for men/lycopene</i>	150	<i>one-daily multi caps</i>	152
NUZYRA.....	49	<i>one daily for women</i>	150	<i>one-daily multi vitamins</i>	152
NYAMYC.....	163	<i>one daily for women 50+ adv</i>	150	<i>one-daily multi-vit/mineral</i>	152
NYLIA 1/35.....	66	<i>one daily healthy weight adv</i>	150	<i>one-daily multi-vitamin</i>	152
NYLIA 7/7/7	66	<i>one daily maximum</i>	150	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	152
<i>nystatin</i>	41, 162, 163, 164	<i>one daily mens</i>	150	<i>one-daily/iron</i>	152
NYSTOP.....	164	<i>one daily mens 50+ multivit</i>	150	ONELAX.....	81
OCELLA.....	66	<i>one daily mens health</i>	150	ONELAX DOCUSATE SODIUM.....	81
OCTAGAM.....	29	<i>one daily multivitamin adult</i>	150	ONELAX SENNA.....	81
<i>octreotide acetate</i>	69	<i>one daily multivitamin/iron</i>	151	ONTRUZANT	19
<i>ocular vitamins</i>	150	<i>one daily womens</i>	151	ONUREG.....	24
<i>ocutabs</i>	150	<i>one daily womens 50 plus</i>	151	OPCON-A.....	90
<i>ocutabs-lutein</i>	150	<i>one daily womens 50+</i>	151	OPIPZA.....	118
OCUVITE ADULT 50+.....	150	<i>one daily/minerals</i>	151	OPSUMIT	55
OCUVITE ADULT FORMULA.....	150	ONE VITE DAILY MULTIVITAMIN	151	OPTICHAMBER DIAMOND.....	100
OCUVITE EXTRA.....	150	ONE VITE FERROUS SULFATE....	88	OPTICHAMBER DIAMOND-LG	
OCUVITE EYE + MULTI.....	150	ONE-A-DAY ENERGY	151	MASK.....	100
OCUVITE EYE HEALTH		ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	151	OPTICHAMBER DIAMOND-MD	
GUMMIES.....	150	ONE-A-DAY FOR HER		MASK.....	101
OCUVITE-LUTEIN.....	150	VITACRAVES.....	151		

OPTICHAMBER DIAMOND-SM		<i>paliperidone er</i>	118	PHARMABASE COSMETIC	
MASK.....	101	<i>panidronate disodium</i>	72	NATURAL.....	57
<i>optic-vites</i>	152	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	152	PHARMABASE LIGHT.....	57
OPTIFAST POST BARIATRIC.....	152	PANRETIN.....	170	PHARMABASE VAGINAL.....	57
OPTIMAL D3.....	152	<i> pantoprazole sodium</i>	78	<i> pharmacist choice d-vitamin</i>	152
OPTIMAL D3 M.....	152	PANZYGA.....	29	PHAZYME MAXIMUM STRENGTH.....	77
<i> optimum pms</i>	152	<i> paricalcitol</i>	58	PHAZYME ULTRA STRENGTH.....	77
OPTISOURCE POST BARIATRIC		<i> paroxetine hcl</i>	116	<i> phendimetrazine tartrate</i>	72
SURG.....	152	<i> parvlex</i>	152	<i> phenelzine sulfate</i>	116
OPTIVITE P.M.T.....	152	PAXLOVID (150/100).....	45	<i> phenobarbital</i>	111
OPURITY BYPASS OPTIMIZED...	152	PAXLOVID (300/100).....	45	<i> phenobarbital sodium</i>	122
<i> oral electrolytes</i>	127	<i> pazopanib hcl</i>	19	<i> phentermine hcl</i>	72
<i> oral suspend</i>	56	<i> pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	152	<i> phenylephrine hcl</i>	107
<i> oralyte</i>	128	<i> pc pediatric poly-vitamin drop</i>	152	<i> phenylephrine-dm-gg</i>	107
ORAPENN SD ANHYD		PCCA BASE 7542.....	56	PHENYTEK.....	111
SWEETENED.....	56	PCCA EMOLLIENT CREAM BASE.....	57	<i> phenytoin</i>	111
ORAPENN SD ANHYD		<i> ped electrolyte freeze pops</i>	128	<i> phenytoin sodium</i>	122
UNSWEETEN.....	56	<i> ped electrolyte freezer pops</i>	128	<i> phenytoin sodium extended</i> ...	111, 122
ORA-PLUS.....	56	PEDIA VANCE.....	128	PHESGO.....	19
ORASEP.....	162	PEDIA-LAX.....	81	PHILITH.....	66
ORAZINC.....	132	PEDIALYTE.....	128	PHYTOBASE.....	57
ORGOVYX.....	23	PEDIALYTE ADVANCED CARE...	128	PHYTOMULTI.....	152
ORKAMBI.....	101	PEDIALYTE FREEZER POPS.....	128	<i> phytonadione</i>	152
<i> orlistat</i>	72	PEDIALYTE SINGLES.....	128	PIFELTRO.....	39
ORSERDU.....	23, 24	PEDIARIX.....	31	<i> pilocarpine hcl</i>	90, 162
OS-CAL.....	132	<i> pediatric electrolyte</i>	128	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST.....	44
OS-CAL CALCIUM + D3.....	132	PEDVAX HIB.....	31	<i> pimecrolimus</i>	170
OS-CAL EXTRA D3.....	132	<i> peg 3350</i>	81	<i> pimezide</i>	118
<i> oseltamivir phosphate</i>	45	<i> peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	82	PIMTREA.....	66
OSTEOPRIME PLUS.....	152	<i> peg-3350/electrolytes</i>	82	<i> pin-away</i>	44
<i> oxacillin sodium</i>	49	PEGASYS.....	45	<i> pindolol</i>	52
<i> oxaliplatin</i>	14	PEMAZYRE.....	19	<i> pinworm medicine</i>	44
<i> oxcarbazepine</i>	111	<i> pemetrexed disodium</i>	25	<i> pioglitazone hcl</i>	60
<i> oxybutynin chloride</i>	84	PENBRAYA.....	31	<i> pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	60
<i> oxybutynin chloride er</i>	84	<i> penicillamine</i>	58	<i> piperacillin sod-tazobactam so</i>	49
<i> oxycodone hcl</i>	34	<i> penicillin g potassium</i>	49	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE).....	19
<i> oxycodone-acetaminophen</i>	34	<i> penicillin g sodium</i>	49	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE).....	19
OXYCONTIN.....	35	<i> penicillin v potassium</i>	49	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE).....	19
OYSCO 500+D.....	132	PEN-KERA.....	170	<i> pirfenidone</i>	101
<i> oyster shell calcium</i>	132	PENTACEL.....	31	<i> piroxicam</i>	33
<i> oyster shell calcium + d</i>	132	<i> pentamidine isethionate</i>	43	<i> plain niacin</i>	152
<i> oyster shell calcium + d3</i>	132	<i> pentoxifylline er</i>	86	PLENAMINE.....	134
<i> oyster shell calcium plus d</i>	132	PENTRAVAN.....	170	PLENVU.....	82
<i> oyster shell calcium w/d</i>	132	PENTRAVAN PLUS.....	170	POCKET CHAMBER.....	101
<i> oyster shell calcium/d</i>	132	PERIDIN-C.....	152	POCKET SPACER.....	101
<i> oyster shell calcium/d3</i>	132	<i> perindopril erbumine</i>	56	<i> podofilox</i>	170
<i> oyster shell calcium/vit d3</i>	132	PERIOGARD.....	162	POLYCIN.....	91
<i> oyster shell calcium/vitamin d</i>	132	PERIOMED.....	162	<i> polyethylene glycol 3350</i>	57, 82
OZEMPIC (0.25 OR 0.5		<i> permethrin</i>	167	POLY-IRON 150.....	88
MG/DOSE).....	60	<i> perphenazine</i>	118	<i> polymyxin b sulfate</i>	44
OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	60	<i> petroleum jelly</i>	57	<i> polymyxin b-trimethoprim</i>	91
OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	60	PFCB.....	57	<i> polysaccharide iron complex</i>	89
PACERONE.....	50	PFIZERPEN.....	49	<i> polysaccharide-iron complex</i>	89
<i> paclitaxel</i>	26	<i> pharbecilor</i>	98	<i> poly-tussin ac</i>	107
<i> paclitaxel protein-bound part</i>	26	<i> pharbedryl</i>	98	POLY-VENT IR.....	107
<i> pain & fever childrens</i>	38	PHARBETOL.....	38	POLY-VI-FLOR.....	153
<i> pain & fever infants</i>	38	PHARBETOL EXTRA STRENGTH.....	38	<i> polyvinyl alcohol</i>	93
<i> pain relief</i>	38	PHARMABASE ANTIOXIDANT.....	57	POLY-VI-SOL.....	153
<i> pain relief extra strength</i>	38	PHARMABASE COSMETIC.....	57	POLY-VI-SOL/IRON.....	153
<i> pain relief regular strength</i>	38			<i> poly-vita</i>	153

<i>poly-vitaliron</i>	153	PROCTOCORT.....	170	<i>qc childrens ibuprofen</i>	33
<i>poly-vite pediatric</i>	153	PROCTO-MED HC.....	170	<i>qc childrens vitamins/extra c</i>	153
<i>poly-viteliron</i>	153	PROCTOSOL HC.....	170	<i>qc clotrimazole</i>	84
POMALYST.....	25	PROCTOZONE-HC.....	170	<i>qc daily multivit/multimineral</i>	153
PORTIA-28.....	66	<i>progesterone</i>	72	<i>qc daily multivitamins/iron</i>	153
<i>posaconazole</i>	42	PROGRAF.....	30	<i>qc diarrhea relief</i>	75
<i>potassium chloride</i>	126, 127	PROLASTIN-C.....	101	<i>qc enema</i>	82
<i>potassium chloride crys er</i>	127	PROLIA.....	72	<i>qc enteric aspirin</i>	38
<i>potassium chloride er</i>	127	<i>promethazine hcl</i>	76	<i>qc epsom salt</i>	82
<i>potassium chloride in nacl</i>	126	<i>promethazine vcl/codeine</i>	107	<i>qc ferrous sulfate</i>	89
<i>potassium citrate er</i>	84	<i>promethazine-codeine</i>	107	<i>qc fiber laxative</i>	82
<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	126	<i>promethazine-dm</i>	107	<i>qc gentle laxative</i>	82
<i>povidone-iodine</i>	170	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3...132		<i>qc ibuprofen</i>	33
<i>pramipexole dihydrochloride</i>	113	<i>propafenone hcl</i>	50	<i>qc loratadine allergy relief</i>	98
<i>prasugrel hcl</i>	89	<i>propafenone hcl er</i>	50	<i>qc loratadine-d</i>	107
<i>pravastatin sodium</i>	51	<i>proparacaine hcl</i>	93	<i>qc mens daily multivitamin</i>	153
<i>praziquantel</i>	44	<i>propranolol hcl</i>	52	<i>qc miconazole 7</i>	84
<i>prazosin hcl</i>	51	<i>propranolol hcl er</i>	52	<i>qc milk of magnesia</i>	82
<i>prednisolone</i>	71	<i>propylthiouracil</i>	57	<i>qc mineral oil heavy</i>	82
<i>prednisolone acetate</i>	92	PROQUAD.....	31	<i>qc mucus relief</i>	107
<i>prednisolone sodium phosphate 71, 92</i>		PRORENAL + D.....	153	<i>qc mucus relief er</i>	107
<i>prednisone</i>	71	PRORENAL + D W/ OMEGA-3....153		<i>qc multi-vite</i>	154
PREDNISON INTENSOL.....	71	PROSIGHT.....	153	<i>qc multi-vite 50 & over</i>	153
<i>preferred plus insulin syringe</i>	62	PROSOL.....	134	<i>qc nasal decongestant pe</i>	107
<i>pregabalin</i>	111	PROTECT CARDIO AF.....	153	<i>qc natura-lax</i>	82
PREMASOL.....	134	PROTECT PLUS SO.....	153	<i>qc nicotine transdermal system</i>	124
<i>prenatal</i>	127, 153	PROTEGRA.....	153	<i>qc non-aspirin extra strength</i>	38
<i>prenatal 19</i>	153	<i>protriptyline hcl</i>	116	<i>qc pain relief</i>	38
<i>prenatal one daily</i>	153	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	107	<i>qc pain relief childrens</i>	38
<i>prenatal vitamin and mineral</i>	153	<i>pseudoephedrine hcl</i>	107	<i>qc pain relief extra strength</i>	38
<i>prenatal vitamins</i>	153	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	107	<i>qc petroleum jelly</i>	57
<i>prenatal/iron</i>	153	<i>psyllium fiber</i>	82	<i>qc povidone iodine</i>	170
PRESERVISION AREDS.....	153	PULMOZYME.....	101	<i>qc psyllium fiber</i>	82
PRESERVISION AREDS 2.....	153	<i>pure calcium carbonate</i>	132	<i>qc stomach relief</i>	75
PRESERVISION AREDS 2+MULTI		<i>pure comfort spacer chamber</i>	101	<i>qc stool softener</i>	82
VIT.....	153	<i>purevit dualfe plus</i>	89	<i>qc stool softener pls laxative</i>	82
PRESERVISION/LUTEIN.....	153	PUREWAY-C.....	153	<i>qc suphedrine maximum strength</i> ..	107
PRETTY FEET/HANDS.....	170	PURIXAN.....	25	<i>qc therin-m</i>	154
PREVALITE.....	51	<i>pyrazinamide</i>	40	<i>qc tolnaftate</i>	164
<i>prevent</i>	153	<i>pyridostigmine bromide</i>	120	<i>qc triple antibiotic max st</i>	165
PREVYMIS.....	45	<i>pyridoxine hcl</i>	153	<i>qc tussin dm cough/congestion</i>	107
PREZCOBIX.....	41	<i>pyrimethamine</i>	44	<i>qc tussin expectorant adult</i>	108
PREZISTA.....	39	<i>qc 3 day</i>	84	<i>qc urinary pain relief</i>	44
PRIFTIN.....	40	<i>qc acetaminophen 8 hours</i>	38	<i>qc vapor inhaler</i>	108
<i>primaquine phosphate</i>	45	<i>qc acetaminophen infants</i>	38	<i>qc vegetable laxative</i>	82
<i>primidone</i>	111	<i>qc all day allergy</i>	98	<i>qc vitamin d3</i>	154
PRIORIX.....	31	<i>qc allergy childrens</i>	98	<i>qc womens daily multivitamin</i>	154
PRIVIGEN.....	29	<i>qc allergy relief</i>	98	QINLOCK.....	20
<i>pro comfort spacer adult</i>	101	<i>qc antacid</i>	74	Q-SORB CO Q-10.....	125
<i>pro comfort spacer child</i>	101	<i>qc antacid/anti-gas</i>	74	QSYMIA.....	72
<i>pro comfort spacer infant</i>	101	<i>qc anti-diarrheal</i>	75	QUADRACEL.....	31
<i>probenecid</i>	39	<i>qc antifungal (tolnaftate)</i>	164	<i>quetiapine fumarate</i>	119
PRO-CAL.....	153	<i>qc anti-itch extra strength</i>	170	<i>quetiapine fumarate er</i>	118
<i>procare spacer/adult mask</i>	101	<i>qc arthritis pain relief</i>	38	QUFLORA FE.....	154
<i>procare spacer/child mask</i>	101	<i>qc artificial tears</i>	93	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	154
PROCERV HP.....	153	<i>qc aspirin</i>	38	QUFLORA PEDIATRIC.....	154
<i>prochlorperazine</i>	76	<i>qc aspirin low dose</i>	38	QUICKVUE AT-HOME COVID-19	
<i>prochlorperazine edisylate</i>	76	<i>qc calamine</i>	170	TEST.....	44
<i>prochlorperazine maleate</i>	76	<i>qc calcium fast dissolution</i>	132	<i>quin b strong</i>	154
PROCRIT.....	86	<i>qc childrens complete</i>	153	<i>quinapril hcl</i>	56

<i>quinidine sulfate</i>	50	REFRESH OPTIVE.....	93	ROCKLATAN.....	90
<i>quinine sulfate</i>	45	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	93	<i>roflumilast</i>	101
<i>quintabs</i>	154	REFRESH OPTIVE ADVANCED		<i>ropinirole hcl</i>	113
<i>quintabs-m</i>	154	PF.....	93	<i>rosuvastatin calcium</i>	51
QULIPTA.....	120	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	93	ROTARIX.....	32
<i>ra balanced b-100</i>	154	REFRESH OPTIVE PF.....	93	ROTATEQ.....	32
<i>ra balanced b-50</i>	154	REFRESH PLUS.....	93	ROWEEPRA.....	111
<i>ra b-complex</i>	154	REFRESH RELIEVA.....	93	ROZLYTREK.....	20
<i>ra b-complex with b-12</i>	154	REFRESH RELIEVA PF.....	93	RUBRACA.....	20
<i>ra biotin</i>	154	REFRESH TEARS.....	93	<i>rufinamide</i>	111
<i>ra calcium 600</i>	132	REGRANEX.....	165	RUKOBIA.....	40
<i>ra calcium 600/vitamin d-3</i>	132	REGULOID.....	82	RYBELSUS.....	60
<i>ra calcium cit plus vit d-3</i>	132	REHYDRALYTE.....	128	RYDAPT.....	20
<i>ra calcium citrate plus vit d</i>	132	RELENZA DISKHALER.....	45	<i>rynex pse</i>	108
<i>ra calcium cit-vit d-3 petites</i>	132	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	62	SAJAZIR.....	86
<i>ra calcium plus vitamin d</i>	132	RELISTOR.....	77	SANTYL.....	165
RA CENTRAL-VITE.....	154	REMICADE.....	27	<i>sapropterin dihydrochloride</i>	70
<i>ra central-vite womens mature</i>	154	RENAL.....	155	<i>sb 12hr nasal spray</i>	108
<i>ra coenzyme q-10</i>	125	<i>renal vitamin</i>	155	<i>sb allergy</i>	98
<i>ra folic acid</i>	154	RENAPLEX.....	155	<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	108
RA HI CAL.....	132	RENAPLEX-D.....	155	<i>sb antacid</i>	74
<i>ra high potency iron</i>	89	<i>rena-vite</i>	155	<i>sb anti-diarrhea</i>	75
<i>ra iron</i>	89	<i>rena-vite rx</i>	155	<i>sb calcium + d</i>	132
<i>ra natural magnesium</i>	132	RENFLEXIS.....	27	<i>sb cough control</i>	108
<i>ra niacin</i>	154	<i>reno caps</i>	155	<i>sb coughtab</i>	108
<i>ra no flush niacin</i>	154	<i>repaglinide</i>	60	<i>sb lice killing max st</i>	167
<i>ra one daily maximum</i>	154	REPATHA.....	51	<i>sb loratadine</i>	98
<i>ra one daily mens 50+ w/vit d3</i>	154	REPATHA PUSHTRONEX		<i>sb milk of magnesia</i>	82
<i>ra one daily mens/vit d-3</i>	154	SYSTEM.....	51	<i>sb oyster shell calcium</i>	132
<i>ra pediatric electrolyte</i>	128	REPATHA SURECLICK.....	51	<i>sb pediatric electrolyte</i>	128
<i>ra slow release iron</i>	89	RESTASIS.....	93	<i>sb povidone-iodine</i>	170
<i>ra vitamin a</i>	154	RESTASIS MULTIDOSE.....	93	<i>sb vitamin c</i>	155
<i>ra vitamin b-1</i>	154	RESTORA RX.....	75	<i>scar care</i>	57
<i>ra vitamin b12</i>	154	RETEVMO.....	20	SCEMBLIX.....	20
<i>ra vitamin b-12</i>	154	REVUFORJ.....	20	<i>scopolamine</i>	76
<i>ra vitamin b-12 tr</i>	154	REXULTI.....	119	SECUADO.....	119
<i>ra vitamin b-6</i>	154	REYATAZ.....	39	<i>selegiline hcl</i>	113
<i>ra vitamin c</i>	154	REZLIDHIA.....	20	<i>selenious acid</i>	134
<i>ra vitamin c cr</i>	154	REZUROCK.....	30	<i>selenium sulfide</i>	164
<i>ra vitamin c/rose hips</i>	154	RHOPRESSA.....	90	SELZENTRY.....	40
<i>ra vitamin d-3</i>	154, 155	<i>ribavirin</i>	45, 46	<i>senexon-s</i>	82
<i>ra vitamins complete childrens</i>	155	<i>rifabutin</i>	40	<i>senior tabs</i>	155
<i>ra zinc</i>	132	<i>rifampin</i>	40	<i>senna</i>	82
RABAVERT.....	31	<i>riluzole</i>	120	<i>senna laxative</i>	82
<i>rabeprazole sodium</i>	79	<i>rimantadine hcl</i>	46	<i>senna plus</i>	82
RADIANCE PLATINUM VITAMIN		RINVOQ.....	27	<i>senna s</i>	82
D3.....	155	RINVOQ LQ.....	27	<i>senna-lax</i>	82
<i>raloxifene hcl</i>	69	RISABAL-PH.....	170	<i>senna-plus</i>	82
<i>ramipril</i>	56	<i>risedronate sodium</i>	72	<i>senna-s</i>	82
<i>ranolazine er</i>	55	<i>risperidone</i>	119	<i>senna-tabs</i>	82
<i>rasagiline mesylate</i>	113	<i>risperidone microspheres er</i>	119	<i>senna-time</i>	82
REALITY LATEX CONDOMS.....	67	RITEFLO.....	101	<i>senna-time s</i>	82
RECLIPSEN.....	67	<i>ritonavir</i>	39	<i>sennosides-docusate sodium</i>	82
RECOMBIVAX HB.....	32	<i>rivastigmine</i>	114	SENOKOT.....	83
<i>reeses pinworm medicine</i>	44	<i>rivastigmine tartrate</i>	114	SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	82
REFRESH.....	93	RIVELSA.....	67	SENOKOT S.....	83
REFRESH CELLUVISC.....	93	<i>rizatriptan benzoate</i>	120	<i>senry</i>	155
REFRESH DIGITAL.....	93	<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	108	<i>senry senior</i>	155
REFRESH DIGITAL PF.....	93	ROBAFEN DM.....	108	SEREVENT DISKUS.....	95
REFRESH LIQUIGEL.....	93	ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH.....	108	<i>sertraline hcl</i>	116

<i>se-tan plus</i>	89	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	133	<i>sm nasal spray</i>	108
SETLAKIN.....	67	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	133	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	108
SHAROBEL.....	67	<i>sm calcium 600+d3</i>	133	<i>sm nasal spray sinus</i>	108
SHINGRIX.....	32	<i>sm calcium antacid</i>	74	<i>sm niacin cr</i>	155
SIDEROL.....	155	<i>sm calcium citrate+/vit d3</i>	133	<i>sm nicotine</i>	124
SIGNIFOR.....	70	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	133	<i>sm nicotine polacrilex</i>	124
<i>sildenafil citrate</i>	55	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	133	<i>sm one daily mens</i>	156
<i>silver sulfadiazine</i>	165	<i>sm calcium/vitamin d</i>	133	<i>sm one daily womens</i>	156
SIMBRINZA.....	90	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	133	<i>sm opti-vitamins</i>	156
<i>simethicone</i>	77	<i>sm calcium-vitamin d</i>	133	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	133
<i>simethicone drops infants</i>	77	<i>sm chewable vitamin c</i>	155	<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	133
<i>simethicone ultra strength</i>	77	<i>sm childrens ibuprofen</i>	33	<i>sm pain & fever childrens</i>	38
SIMLIYA.....	67	<i>sm childrens loratadine</i>	98	<i>sm pain & fever infants</i>	38
SIMPESSE.....	67	SM CLEARLAX.....	83	<i>sm pain reliever</i>	38
<i>simvastatin</i>	51	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	84	<i>sm pain reliever childrens</i>	38
<i>sinus nasal spray</i>	108	<i>sm co q-10</i>	125	<i>sm pain reliever ex st</i>	38
<i>sinus relief extra strength</i>	108	<i>sm coenzyme q-10</i>	125	<i>sm pediatric electrolyte</i>	128
<i>sirolimus</i>	30	<i>sm complete</i>	155	<i>sm povidone-iodine</i>	170
SIRTURO.....	40	<i>sm complete 50+</i>	155	<i>sm senna laxative</i>	83
SKYRIZI.....	27, 28	<i>sm complete 50+ ultimate mens</i>	155	<i>sm senna-s</i>	83
SKYRIZI PEN.....	27	<i>sm complete 50+ ultimate women</i> ..	155	<i>sm slow release dried iron</i>	89
SLO-NIACIN.....	155	<i>sm complete advanced formula</i>	155	<i>sm slow release iron</i>	89
SLOW FE.....	89	<i>sm complete senior formula</i>	155	<i>sm stomach relief</i>	75
<i>slow iron</i>	89	<i>sm dry eye relief</i>	93	<i>sm stool softener</i>	83
<i>slow release iron</i>	89	<i>sm ear drops</i>	171	<i>sm stool softener/laxative</i>	83
SLOW-MAG.....	133	<i>sm enema</i>	83	<i>sm super b complex/c</i>	156
<i>sm 3-day vaginal</i>	84	<i>sm epsom salt</i>	83	<i>sm triple antibiotic</i>	165
<i>sm 8 hour pain relief</i>	38	<i>sm fexofenadine hcl</i>	98	<i>sm triple antibiotic max st</i>	165
<i>sm alcohol</i>	57	<i>sm fiber</i>	83	<i>sm triple antibiotic original</i>	165
<i>sm all day allergy</i>	98	<i>sm fiber powder</i>	83	<i>sm tussin cf</i>	108
<i>sm all day allergy childrens</i>	98	<i>sm folic acid</i>	155	<i>sm tussin cough/chest congest</i>	108
<i>sm all day allergy relief</i>	98	<i>sm gas relief</i>	77, 78	<i>sm tussin dm</i>	108
<i>sm all day allergy-d</i>	108	<i>sm gas relief infants</i>	77	<i>sm tussin dm max</i>	108
<i>sm allergy childrens</i>	98	<i>sm gentle laxative</i>	83	<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	108
<i>sm allergy relief</i>	98	<i>sm hair/skin/nails</i>	155	<i>sm vit c/rose hips</i>	156
<i>sm allergy relief childrens</i>	98	<i>sm ibuprofen</i>	34	<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	156
<i>sm animal shapes complete</i>	155	<i>sm ibuprofen ib</i>	33	<i>sm vitamin b1</i>	156
<i>sm animal shapes kids first</i>	155	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	33	<i>sm vitamin b-12</i>	156
<i>sm antacid</i>	74	<i>sm infants ibuprofen</i>	34	<i>sm vitamin b12 tr</i>	156
<i>sm antibiotic</i>	165	<i>sm iron</i>	89	<i>sm vitamin b6</i>	156
<i>sm anti-diarrheal</i>	75	<i>sm iron slow release</i>	89	<i>sm vitamin b-6</i>	156
<i>sm antifungal clotrimazole</i>	164	<i>sm lice killing max strength</i>	167	<i>sm vitamin c</i>	156
<i>sm antifungal miconazole</i>	164	<i>sm lice treatment</i>	167	<i>sm vitamin c cr</i>	156
<i>sm antifungal tolnaftate</i>	164	<i>sm loratadine</i>	98	<i>sm vitamin c/rose hips</i>	156
<i>sm anti-itch extra strength</i>	170	<i>sm loratadine allergy relief</i>	98	<i>sm vitamin d</i>	156
<i>sm antioxidant vitamins</i>	155	<i>sm lorata-dine d</i>	108	<i>sm vitamin d3</i>	156
<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	170	<i>sm loratadine d 12hr</i>	108	<i>sm vitamin e</i>	156
<i>sm arthritis pain relief</i>	38	<i>sm lubricant eye drops</i>	93	<i>sm zinc gluconate</i>	133
<i>sm arthritis pain reliever</i>	38	<i>sm lubricating plus</i>	93	<i>sodium bicarbonate</i>	74
<i>sm aspirin adult low strength</i>	38	<i>sm lubricating tears</i>	93	<i>sodium chloride</i>	108, 126, 165
<i>sm aspirin low dose</i>	38	<i>sm magnesium oxide</i>	133	<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	93, 94
<i>sm b super vitamin complex</i>	155	<i>sm miconazole 3</i>	84	<i>sodium fluoride</i>	127, 133
<i>sm b100 complex</i>	155	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	84	<i>sodium oxybate</i>	122
<i>sm b-complex</i>	155	<i>sm miconazole 7</i>	84	<i>sodium phenylbutyrate</i>	70
<i>sm b-complex/vitamin c</i>	155	<i>sm milk of magnesia</i>	83	<i>sodium phosphates</i>	133
<i>sm benzoin tincture</i>	170	<i>sm mucus relief</i>	108	<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	58
<i>sm benzoin tincture nfxi</i>	170	<i>sm multiple vitamins essential</i>	155	<i>solifenacin succinate</i>	84
<i>sm biotin</i>	155	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	155	SOLIQUA.....	62
<i>sm calamine</i>	170	<i>sm nasal decongestant</i>	108	<i>solo</i>	156
<i>sm calamine phenolated</i>	170	<i>sm nasal decongestant pe</i>	108	SOLTAMOX.....	24

SOLU-CORTEF	71	SUNLENCA.....	40	tazarotene.....	166
SOMATULINE DEPOT	70	super antioxidant.....	156	TAZICEF.....	47
SOMAVERT.....	70	super aytinal.....	156	TAZORAC.....	166
SOOTHE XP.....	94	super aytinal 50 plus.....	156	TAZVERIK.....	21
SOOTHE XP XTRA PROTECTION.....	94	super b complex/falvit c.....	156	TECENTRIQ.....	21
sorafenib tosylate.....	20	super b complex/vitamin c.....	156	TECENTRIQ HYBREZA.....	21
sotalol hcl.....	50	super b-complex + vitamin c.....	156	teeny tummy gas relief drops.....	78
sotalol hcl (af).....	50	super b-complex/vit c/fa.....	156	TEFLARO.....	47
SOTYKTU.....	28	super biotin.....	156	telmisartan.....	50
span c.....	156	super calcium.....	133	telmisartan-amlodipine.....	53
SPECTRAVITE.....	156	super calcium 600 + d 400.....	133	telmisartan-hctz.....	53
SPEEDY SWAB COVID-19		super calcium 600 + d3.....	133	temazepam.....	121
ANTIGEN.....	44	super daily d3.....	157	TENIVAC.....	32
spironolactone.....	50	super multiple.....	157	tenofovir disoproxil fumarate.....	40
spironolactone-hctz.....	54	SUPER QUINTS B-50.....	157	TEPMETKO.....	21
SPRINTEC 28.....	67	super thera vite m.....	157	terazosin hcl.....	51
SPRITAM.....	112	super vita-mins.....	157	terbinafine hcl.....	42, 164
SPS (SODIUM POLYSTYRENE		suphedrine 12hour.....	109	terbutaline sulfate.....	95
SULF).....	58	support.....	157	terconazole.....	84
SRONYX.....	67	SUPPORT-500.....	157	teriparatide.....	72
SSD.....	165	sv iron.....	89	testosterone.....	59
STELARA.....	28	sv vitamin b-12 er.....	157	testosterone cypionate.....	58
sterile water for irrigation.....	165	SYEDA.....	67	testosterone enanthate.....	59
stimulant laxative.....	83	SYMDEKO.....	101	tetrabenazine.....	120
STIVARGA.....	20	SYMPAZAN.....	112	tetracycline hcl.....	49
stomach relief.....	75	SYMTUZA.....	41	THALOMID.....	25
stomach relief extra strength.....	75	SYNAREL.....	70	THE MAGIC BULLET.....	83
stomach relief ultra.....	75	SYNJARDY.....	60	theophylline.....	101
stool softener.....	83	SYNJARDY XR.....	60	theophylline er.....	101
stool softener laxative.....	83	SYNTHROID.....	58	THERA.....	157
stool softener plus laxative.....	83	SYRSPEND SF.....	57	thera vital m.....	157
stool softener/laxative.....	83	SYSTANE.....	94	therabasic-m.....	157
streptomycin sulfate.....	44	SYSTANE BALANCE.....	94	THERA-D 2000.....	157
stress formula.....	156	SYSTANE COMPLETE.....	94	THERA-D 4000.....	157
stress formula (folic acid).....	156	SYSTANE HYDRATION PF.....	94	THERA-D RAPID REPLETION.....	157
stress formulaliron.....	156	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	157	THERAGRAN-M.....	157
STRESSTABS ADVANCED.....	156	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	94	THERAGRAN-M ADVANCED.....	157
STRESSTABS ENERGY.....	156	SYSTANE ULTRA.....	94	THERAGRAN-M ADVANCED 50	
STRIBILD.....	41	SYSTANE ULTRA PF.....	94	PLUS.....	157
STROVITE ONE.....	156	TAB-A-VITE.....	157	THERAGRAN-M PREMIER.....	157
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	170	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	157	THERAGRAN-M PREMIER 50	
STYE.....	94	tab-a-vite/iron.....	157	PLUS.....	157
SUBVENITE.....	112	TAB-A-VITE/IRON/BETA		THERAMILL FORTE.....	157
sucralfate.....	78	CAROTENE.....	157	therapeutic formulahematinics.....	157
SUDOGEST.....	109	TABRECTA.....	20	therapeutic moisturizing.....	170
sudogest 12 hour.....	108	tacrolimus.....	30, 170	therapeutic-m.....	157
SUDOGEST MAXIMUM		tadalafil.....	85	thera-tabs.....	157
STRENGTH.....	108	tadalafil (pah).....	55	thera-tabs m.....	157
sulfacetamide sodium.....	91	TAFINLAR.....	20	THERATEARS.....	94
sulfacetamide sodium (acne).....	164	TAGRISSO.....	21	THERATRUM COMPLETE.....	157
sulfacetamide-prednisolone.....	90	TALZENNA.....	21	THERATRUM COMPLETE 50	
sulfadiazine.....	44	tamoxifen citrate.....	24	PLUS.....	157
sulfamethoxazole-trimethoprim.....	44	tamsulosin hcl.....	85	THEREMS.....	157
SULFAMYLON.....	165	TANDEM.....	89	thiamine hcl.....	157, 158
sulfasalazine.....	78	TANDEM PLUS.....	89	thiamine mononitrate.....	158
sulindac.....	34	TARINA 24 FE.....	67	thioridazine hcl.....	119
sumatriptan.....	121	TARINA FE 1/20 EQ.....	67	thiothixene.....	119
sumatriptan succinate.....	121	TASIGNA.....	21	TIADYLT ER.....	53
sumatriptan succinate refill.....	121	tasimelteon.....	121	tiagabine hcl.....	112
sunitinib malate.....	20	TAVNEOS.....	86	TIBSOVO.....	21

TICOVAC.....	32	TRI-LO-ESTARYLLA.....	67	TURQOZ.....	68
<i>tigecycline</i>	49	TRI-LO-MARZIA.....	67	TUSNEL.....	109
TILIA FE.....	67	TRI-LO-MILI.....	67	TUSNEL C.....	109
<i>timolol maleate</i>	52, 90	TRI-LO-SPRINTEC.....	67	<i>tusnel diabetic</i>	109
<i>tinidazole</i>	44	<i>trimethoprim</i>	44	TUSNEL DM.....	109
TIVICAY.....	40	TRI-MILI.....	67	TUSNEL DM PEDIATRIC.....	109
TIVICAY PD.....	40	<i>trimipramine maleate</i>	116	TUSNEL PEDIATRIC.....	109
<i>tizanidine hcl</i>	114	TRINTELLIX.....	116	TUSNEL-DM PEDIATRIC.....	109
<i>tm-daily vite</i>	158	TRI-NYMYO.....	67	TUSNEL-EX.....	109
<i>tm-vite rx</i>	158	<i>triphrocaps</i>	158	<i>tussin cf</i>	109
TOBI PODHALER.....	44	<i>triple antibiotic</i>	165	<i>tussin cough</i>	109
TOBRADEX.....	90	<i>triple antibiotic plus</i>	165	<i>tussin dm</i>	109
<i>tobramycin</i>	44, 91	<i>triple antibiotic+pain relief</i>	165	<i>tussin dm cough + chest</i>	109
<i>tobramycin sulfate</i>	44	TRIPLE PASTE AF.....	164	<i>tussin mucus & chest congest</i>	109
<i>tobramycin-dexamethasone</i>	90	TRI-SPRINTEC.....	67	<i>tussin mucus+chest congestion</i>	109
<i>tolnaftate</i>	164	TRIUMEQ.....	41	TWINRIX.....	32
<i>tolnaftate antifungal</i>	164	<i>triumeq pd</i>	41	TYBOST.....	40
<i>tolterodine tartrate</i>	84	<i>tri-vitel/fluoride</i>	158	TYDEMY.....	68
<i>tolterodine tartrate er</i>	84	TRIVORA (28).....	67	TYENNE.....	28
<i>topiramate</i>	112	TRI-VYLIBRA.....	67	TYPHIM VI.....	32
<i>toremifene citrate</i>	24	TRI-VYLIBRA LO.....	67	U-BASE.....	57
TORPENZ.....	21	TROGARZO.....	40	UBRELVY.....	121
<i>toremide</i>	54	TROPHAMINE.....	134	UDAMIN SP.....	158
<i>total allergy</i>	98	<i>tropical liquid nutrition</i>	158	ULTRA BONEUP.....	158
TOUJEO MAX SOLOSTAR.....	62	<i>tropium chloride</i>	84	<i>ultra calcium + vitamin d3</i>	133
TOUJEO SOLOSTAR.....	62	<i>true ferrous sulfate</i>	89	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN	
TPN ELECTROLYTES.....	126	<i>true folic acid</i>	158	KIDS.....	158
TRADJENTA.....	60	<i>true magnesium oxide</i>	133	<i>ultra freeda</i>	158
TRALEMENT.....	134	<i>true multivitamin</i>	158	<i>ultra freedaliron</i>	158
<i>tramadol hcl</i>	34	<i>true vitamin b12</i>	158	ULTRA FRESH.....	94
<i>tramadol-acetaminophen</i>	34	<i>true vitamin b6</i>	158	<i>ultra lubricating eye drops</i>	94
<i>trandolapril</i>	56	<i>true vitamin c</i>	158	<i>ultra lubricating eye drops pf</i>	94
<i>tranexamic acid</i>	86	<i>true vitamin d3</i>	158	ULTRACHOICE ADV FORMULA	
<i>tranylcypromine sulfate</i>	116	<i>true vitamin e</i>	158	MATURE.....	158
TRAVASOL.....	134	<i>truelyte</i>	128	ULTRACHOICE ADVANCED	
TRAZIMERA.....	21	TRULICITY.....	60	FORMULA.....	158
<i>trazodone hcl</i>	116	TRUMENBA.....	32	UNITHROID.....	58
TRECTOR.....	40	TRUQAP.....	21	UPSPRING BABY VIT D.....	158
TRELEGY ELLIPTA.....	98	TRUSTEX		<i>ursodiol</i>	78
TREMFYA.....	28	LUB/RIBBED/STUDED.....	67	<i>valacyclovir hcl</i>	46
<i>treprostinil</i>	55	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		VALCHLOR.....	170
TRESIBA.....	62	ST.....	67	<i>valganciclovir hcl</i>	46
TRESIBA FLEXTOUCH.....	62	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL...	67	<i>valproate sodium</i>	122
<i>tretinoin</i>	25, 164	TRUSTEX LUBRICATED.....	67	<i>valproic acid</i>	112
<i>triamcinolone acetonide</i>	162, 167	TRUSTEX LUBRICATED EX		<i>valsartan</i>	50
<i>triamterene-hctz</i>	54	LARGE.....	68	<i>valsartan-hydrochlorothiazide</i>	54
<i>tri-buffered aspirin</i>	38	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		VALTOCO 10 MG DOSE.....	112
TRICON.....	89	ST.....	68	VALTOCO 15 MG DOSE.....	112
TRIDACAINE II.....	165	TRUSTEX		VALTOCO 20 MG DOSE.....	112
TRIDERM.....	167	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	68	VALTOCO 5 MG DOSE.....	112
<i>trientine hcl</i>	58	TRUSTEX NON-LUBRICATED.....	68	<i>value plus glucose</i>	58
TRI-ESTARYLLA.....	67	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE..	68	VANACOF DM.....	109
<i>trifluoperazine hcl</i>	119	TRUSTEX RIA LUBRICATED.....	68	VANATAB DM.....	109
<i>trifluridine</i>	91	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	68	<i>vancomycin hcl</i>	44
<i>trigels-f forte</i>	89	TRUSTEX-NONOXYNOL-		<i>vancomycin hcl in nacl</i>	44
<i>trihexyphenidyl hcl</i>	113	9/RIB/STUD.....	68	VANFLYTA.....	21
TRIJARDY XR.....	60	TRUXIMA.....	21	VANIBASE.....	57
TRIKAFTA.....	101	TUKYSA.....	21	VANICREAM.....	170
TRI-LEGEST FE.....	67	TUMS.....	74	<i>vanishing cream botanical base</i>	57
TRI-LINYAH.....	67	TURALIO.....	21	VAQTA.....	32

<i>varenicline tartrate</i>	124	VITAJoy MULTI GUMMIES	<i>vitrum 50+ senior multi</i>	161
<i>varenicline tartrate (starter)</i>	124	ADULT.....	VITRUM SENIOR.....	161
VARIVAX.....	32	VITAL-D RX.....	VIVITROL.....	124
VASCEPA.....	51	<i>vitalee</i>	VIZIMPRO.....	22
VAXCHORA.....	32	VITALETS CHILDRENS.....	VONJO.....	22
<i>v-c forte</i>	158	<i>vitamin a</i>	VORANIGO.....	22
<i>vegetable lax+stool softener</i>	83	<i>vitamin b + c complex</i>	<i>voriconazole</i>	42
VELIVET.....	68	<i>vitamin b 12</i>	VORTEX HOLD	
VELSIPITY.....	28	<i>vitamin b complex</i>	CHMBR/MASK/CHILD.....	101
VELVACHOL.....	170	<i>vitamin b1</i>	VORTEX HOLD	
VENCLEXTA.....	21	<i>vitamin b-1</i>	CHMBR/MASK/TODDLER.....	101
VENCLEXTA STARTING PACK.....	21	<i>vitamin b12</i>	VORTEX VALVED HOLDING	
VENEXA.....	158	<i>vitamin b-12</i>	CHAMBER.....	101
VENEXA FE.....	158	<i>vitamin b-12 er</i>	VOSEVI.....	46
<i>venlafaxine hcl</i>	116	<i>vitamin b-12 tr</i>	VOWST.....	78
<i>venlafaxine hcl er</i>	116	<i>vitamin b12-folic acid</i>	VRAYLAR.....	119
VENOFER.....	89	<i>vitamin b6</i>	VYFEMLA.....	68
VENTOLIN HFA.....	95	<i>vitamin b-6</i>	VYLIBRA.....	68
VENTRIXYL.....	158	<i>vitamin c</i>	VYZULTA.....	90
VENTRIXYL FE.....	158	<i>vitamin c drops</i>	WAL-DRYL ALLERGY.....	98
VEOZAH.....	70	<i>vitamin c er</i>	<i>warfarin sodium</i>	85
<i>verapamil hcl</i>	53	<i>vitamin c gummies</i>	<i>wee care</i>	89
<i>verapamil hcl er</i>	53	<i>vitamin c plus wild rose hips</i>	WEEKLY-D.....	161
VERQUVO.....	55	<i>vitamin c/rose hips</i>	WELIREG.....	25
VERSACLOZ.....	119	<i>vitamin c/rose hips tr</i>	WERA.....	68
<i>versatile cream base</i>	57	<i>vitamin c-rose hips</i>	<i>wescaps</i>	161
VERSIGEL.....	57	<i>vitamin c-rose hips er</i>	<i>westab max</i>	161
VERZENIO.....	22	<i>vitamin c-rose hips tr</i>	<i>westab one</i>	161
VESTURA.....	68	<i>vitamin d</i>	<i>westab plus</i>	127
VIC-FORTE.....	158	<i>vitamin d (cholecalciferol)</i>	<i>white petroleum jelly</i>	57
VIENVA.....	68	<i>vitamin d (ergocalciferol)</i>	WIXELA INHUB.....	99
<i>vigabatrin</i>	112	<i>vitamin d high potency</i>	<i>womens 50+ advanced</i>	161
VIGADRONE.....	112	<i>vitamin d infant</i>	<i>womens 50+ multi vitamin</i>	161
VIGAFYDE.....	112	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	<i>womens daily form/fal/calfe</i>	161
VIGPODER.....	112	<i>vitamin d3</i>	<i>womens daily formula</i>	161
<i>vilazodone hcl</i>	116	<i>vitamin d-3</i>	<i>womens multi</i>	161
<i>vincristine sulfate</i>	26	<i>vitamin d3 complete</i>	<i>womens multi gummies</i>	161
<i>vinorelbine tartrate</i>	26	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	<i>womens multivitamin</i>	161
<i>viorele</i>	68	<i>vitamin d3 maximum strength</i>	<i>womens multivitamin + collagen</i>	161
VIRACEPT.....	40	<i>vitamin d3 super strength</i>	<i>wound care</i>	57
VIREAD.....	40	<i>vitamin d3 ultra strength</i>	WYMZYA FE.....	68
<i>virt-caps</i>	158	<i>vitamin e</i>	XALKORI.....	22
<i>vision formulalutein</i>	158	<i>vitamin e blend</i>	XARELTO.....	85
<i>vision health</i>	158	<i>vitamin e high potency</i>	XARELTO STARTER PACK.....	85
<i>vision vitamins</i>	158	<i>vitamin e water soluble</i>	XATMEP.....	30
VISTA ADVANCED AREDS2		<i>vitamin k1</i>	XCEL 100.....	57
FORMULA.....	159	<i>vitamins acd-fluoride</i>	<i>xcellent a 3000</i>	161
VISTA ADVANCED DRY EYE		<i>vitamins a-d-e/selenium</i>	<i>xcellent a 7500</i>	162
FORMULA.....	159	VITASANA.....	XCOPRI.....	112, 113
<i>vit e-vit c-beta carotene</i>	159	<i>vitatrum</i>	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE)..	112
<i>vita c/bioflavonoids/rose hips</i>	159	VITATRUM COMPLETE.....	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE)..	112
<i>vita hair</i>	159	VITRAKVI.....	XDEMVI.....	91
<i>vitabasic complete</i>	159	VITRAMYN.....	XELJANZ.....	28
<i>vitabasic senior</i>	159	VITRANOL.....	XELJANZ XR.....	28
<i>vitabex plus</i>	159	VITRANOL FE.....	XENICAL.....	72
<i>vitachew adult multi vitamin</i>	159	VITREXATE.....	XERAC AC.....	170
<i>vitachew multiple vitamin</i>	159	VITREXATE FE.....	XERMELO.....	78
<i>vitachew vit c citrus burst</i>	159	VITREXYL.....	XGEVA.....	72
VITAJoy DAILY C GUMMIES.....	159	VITREXYL + IRON.....	XHANCE.....	102
		VITRON-C.....	XIFAXAN.....	78

XIGDUO XR.....	60	ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	
XIIDRA.....	94	.....	171
XOFLUZA (40 MG DOSE).....	46	ZOVIA 1/35 (28).....	68
XOFLUZA (80 MG DOSE).....	46	ZTALMY.....	113
XOLAIR.....	102	ZUMANDIMINE.....	68
XOSPATA.....	22	ZURZUVAE.....	116
XPOVIO (100 MG ONCE		ZYDELIG.....	23
WEEKLY).....	22	ZYKADIA.....	23
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY).....	22	ZYLET.....	90
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY).....	22		
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY).....	22		
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY).....	22		
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY).....	22		
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY).....	22		
XTANDI.....	24		
XULANE.....	68		
XULTOPHY.....	62		
YELETS TEENAGE FORMULA....	162		
YF-VAX.....	32		
<i>yl coenzyme q10</i>	125		
<i>yl folic acid</i>	162		
<i>yl vitamin b-6</i>	162		
<i>yl vitamin c</i>	162		
<i>yl vitamin c-rose hips</i>	162		
YOUR LIFE MULTI ADULT			
GUMMIES.....	162		
YUMVS MULTI ZERO.....	162		
YUMVS VITAMIN C ZERO.....	162		
YUMVS ZERO DIABETIC			
MULTIVITAM.....	162		
YUMVSKIDS MULTI ZERO.....	162		
YUVAFEM.....	70		
ZAFEMY.....	68		
<i>zafirlukast</i>	102		
<i>zaleplon</i>	121		
ZARXIO.....	86		
ZEGALOGUE.....	58		
ZEJULA.....	22		
ZELBORAF.....	22		
ZEMAIRA.....	102		
ZENATANE.....	164		
ZENPEP.....	78		
<i>zidovudine</i>	40		
<i>zinc</i>	133		
ZINC 15.....	133		
<i>zinc chloride</i>	134		
<i>zinc gluconate</i>	133		
<i>zinc oxide</i>	170		
<i>zinc sulfate</i>	133		
<i>ziprasidone hcl</i>	119		
<i>ziprasidone mesylate</i>	119		
ZIRABEV.....	22		
ZIRGAN.....	91		
<i>zoledronic acid</i>	72		
ZOLINZA.....	23		
<i>zolpidem tartrate</i>	121		
ZONISADE.....	113		
<i>zonisamide</i>	113		
ZOO FRIENDS/EXTRA C.....	162		

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

Para informações mais recentes ou outras questões, contacte-nos através do número de telefone 1-844-812-6896 e TDD 711, das 8h às 20h, de segunda a sexta-feira e das 8h às 12h, aos sábados ou visite a página www.nhpri.org/INTEGRITY. Não foram feitas alterações desde 19/2/2025.



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



Notice of Non-Discrimination

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

We're here for you!

Neighborhood offers FREE assistance such as:

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

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

Discrimination Complaints

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

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

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

FAX: 1-401-709-7005

EMAIL: OCRCoordinator@nhpri.org

ONLINE: www.nhpri.org/INTEGRITY

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

ការយកចិត្តទុកដាក់៖ ប្រសិនបើអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ

សេវាជំនួយភាសាភតិភិក្តិមានផ្តល់ជូនដល់អ្នក។ ក៏មានការផ្តល់ការគាំទ្រ

និងសេវាកម្មជំនួយសមស្របដោយភតិភិក្តិក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានជាទម្រង់ដែលអាចចូលប្រើ

បានផងដែរ។ សូមហៅទូរសព្ទទៅលេខ 1-800-963-1001 (TTY 711) ឬពិគ្រោះយោបល់ជាមួយ

អ្នកផ្តល់សេវារបស់អ្នក។

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

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

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

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

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

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

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