



Neighborhood **INTEGRITY** (Plano Medicare-Medicaid) **2024 Formulário: Lista de Medicamentos Abrangidos**

Mensagem importante sobre o que se paga pelas vacinas – Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D. O nosso plano cobre a maioria das vacinas da Parte D sem qualquer custo para si.

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 **20/08/2024**.

H9576_PhmdrugList24 Approved 7/25/2023

Last Updated: August 2024 Formulary ID: 00024222 Version: 15

Neighborhood INTEGRITY| 2024 *Lista de Medicamentos Cobertos* (Formulário)

Introdução

Este documento tem o nome de *Lista de Medicamentos Cobertos* (também conhecido como Lista de Medicamentos) Indica quais os medicamentos prescritos e vendidos sem receita médica e 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 "Lista de Medicamentos", para abreviar).	4
B2. A Lista de Medicamentos é alterada?	5
B3. O que acontece quando há uma alteração na Lista de Medicamentos?.....	6
B4. Existem restrições ou limites 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 Lista de Medicamentos?.....	8
B8. E se o medicamento que pretendo tomar não constar da Lista de Medicamentos?	8
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?	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 medicamentos de venda livre (OTC – sem receita médica)?	11
B15. O Neighborhood INTEGRITY cobre produtos OTC não medicamentosos?.....	11
B16. Qual é o meu copagamento?	11
B17. O que são níveis de medicamentos?	11
C. Visão geral da <i>Lista de Medicamentos Cobertos</i>	11
C1. Medicamentos agrupados por condição médica	13
D. Índice de Medicamentos Cobertos	169



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. Aos sábados à tarde, domingos e feriados, pode ser-lhe pedido que deixe uma mensagem. Os utilizadores de TDD devem ligar para o 711. A chamada é gratuita.
- ❖ 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*, que começa na página **14** são 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 medicamente necessários na Lista de Medicamentos se:
 - o seu médico ou outro prescritor indicar que precisa deles para melhorar ou manter-se saudável, e

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.



- se aviar a receita numa farmácia da rede Neighborhood INTEGRITY.
- O Neighborhood INTEGRITY pode ter etapas adicionais para aceder 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.



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.

- Também pode contactar os Serviços dos Membros para verificar a Lista de Medicamentos atual através do número 1-844-812-6896 (TDD 711).

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

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

- **Um novo medicamento genérico fica disponível.** Por vezes, surge no mercado um novo medicamento genérico que funciona tão bem como um medicamento de marca que consta atualmente da Lista de Medicamentos. Quando isso acontece, podemos remover o medicamento de marca e adicionar o novo medicamento genérico, mas o seu custo para o novo medicamento permanecerá o mesmo. Quando adicionamos o novo medicamento genérico, também podemos decidir manter o medicamento de marca 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.
 - 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, informá-lo-emos. 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.
- Adicionarmos um medicamento genérico que não é novo no mercado e
 - Substituímos um medicamento de marca atualmente incluído na Lista de Medicamentos **ou**
 - Alterarmos as regras ou limites de cobertura do medicamento de marca.

Quando estas mudanças acontecerem, iremos:

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.



- 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 das páginas **14-168**. Também pode obter mais informações visitando o nosso website em 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.

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.



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

O quadro de medicamentos na página **14** 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 página **169**.

Para pesquisar **por condição médica**, procure a secção intitulada "Medicamentos agrupados por condição médica" na página **14**. 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:

- 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**

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.



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



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 dos Membros* 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 os medicamentos de marca e não têm nomes bem 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.



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

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

OTC significa "medicamento de venda livre" (over-the-counter). O Neighborhood INTEGRITY cobre alguns 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.

B15. 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.

B16. 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.

B17. O que são níveis de medicamentos?

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

- 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 página **169**. O índice lista alfabeticamente todos os medicamentos cobertos pelo 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.



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).

- 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 abaixo.

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".

- 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 considerar 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 médico 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 (TDD 711). Pode também ler o Capítulo 9 do *Manual do Membro* para saber como recorrer de uma decisão.

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.

LA = Acesso limitado. Este medicamento só está disponível em algumas farmácias especializadas.

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.



Lista de Medicamentos Agrupados por Condição Médica

DATA EFETIVA: 1/9/2024

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AYVAKIT ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 25 MG, 300 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
BALVERSA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>bortezomib injection solution reconstituted 1 mg, 2.5 mg, 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; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BRUKINSA ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
CABOMETYX ORAL TABLET 20 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
CALQUENCE ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
CAPRELSA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
COMETRIQ (100 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 80 & 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE) ORAL KIT 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
COPIKTRA ORAL CAPSULE 15 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
COTELLIC ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DAURISMO ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERIVEDGE ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 cápsulas a cada 28 dias); NDS
FRUZAQLA ORAL CAPSULE 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
GAVRETO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>gefitinib oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
GILOTRIF ORAL TABLET 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
HERCEPTIN HYLECTA SUBCUTANEOUS SOLUTION 600-10000 MG-UNT/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERCEPTIN INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HERZUMA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
IBRANCE ORAL CAPSULE 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
IBRANCE ORAL TABLET 100 MG, 125 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ICLUSIG ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IDHIFA ORAL TABLET 100 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>imatinib mesylate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 140 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL CAPSULE 70 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL SUSPENSION 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (216ml a cada 27 dias); NDS
IMBRUVICA ORAL TABLET 140 MG, 280 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INLYTA ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
INREBIC ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
JAKAFI ORAL TABLET 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
JAYPIRCA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
KADCYLA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 160 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; LA; NDS
KANJINTI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEYTRUDA INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KISQALI (200 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (21 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KISQALI (400 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
KISQALI (600 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (63 comprimidos a cada 28 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KOSELUGO ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
KRAZATI ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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
LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 3 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 10 MG & 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 10 MG & 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (4 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LENVIMA (8 MG DAILY DOSE) ORAL CAPSULE THERAPY PACK 2 X 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LORBRENA ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LUMAKRAS ORAL TABLET 320 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYNPARZA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
LYTGOBI (12 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LYTGOBI (16 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LYTGOBI (20 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (140 comprimidos a cada 28 dias); NDS
MEKINIST ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 0.05 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1260ml a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 0.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKINIST ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MEKTOVI ORAL TABLET 15 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
MONJUVI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
NERLYNX ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
NEXAVAR ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
NINLARO ORAL CAPSULE 2.3 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 cápsulas a cada 28 dias); NDS
ODOMZO ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
OGIVRI INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
OGSIVEO ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OJEMDA ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (96ml a cada 28 dias); NDS
OJEMDA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
OJJAARA ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ONTRUZANT INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG, 420 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; 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; LA; NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PIQRAY (200 MG DAILY DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; 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
QINLOCK ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
RETEVMO ORAL CAPSULE 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
REZLIDHIA ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (150 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL CAPSULE 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ROZLYTREK ORAL PACKET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (336 pacotes a cada 28 dias); NDS
RUBRACA ORAL TABLET 200 MG, 250 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
RYDAPT ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; 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
SPRYCEL ORAL TABLET 100 MG, 140 MG, 50 MG, 70 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SPRYCEL ORAL TABLET 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
STIVARGA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>sunitinib maleate 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

LEENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TAFINLAR ORAL TABLET SOLUBLE 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (900 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TAGRISSE ORAL TABLET 40 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.1 MG, 0.35 MG, 0.5 MG, 0.75 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TALZENNA ORAL CAPSULE 0.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
TASIGNA ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$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; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TECENTRIQ INTRAVENOUS SOLUTION 1200 MG/20ML, 840 MG/14ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TEPMETKO ORAL TABLET 225 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TIBSOVO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 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; LA; QL (64 comprimidos 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; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
TURALIO ORAL CAPSULE 125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VANFLYTA ORAL TABLET 17.7 MG, 26.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias)
VENCLEXTA ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VENCLEXTA ORAL TABLET 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VENCLEXTA STARTING PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 50 & 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (42 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VERZENIO ORAL TABLET 100 MG, 150 MG, 200 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 comprimidos a cada 28 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL CAPSULE 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
VITRAKVI ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (300ml a cada 30 dias); NDS
VIZIMPRO ORAL TABLET 15 MG, 30 MG, 45 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VONJO ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XALKORI ORAL CAPSULE SPRINKLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XOSPATA ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XPOVIO (100 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (4 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (24 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (32 comprimidos a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ZEJULA ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZELBORAF ORAL TABLET 240 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZIRABEV INTRAVENOUS SOLUTION 100 MG/4ML, 400 MG/16ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZOLINZA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
ZYDELIG ORAL TABLET 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ZYKADIA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; 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; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ERLEADA ORAL TABLET 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LUPRON DEPOT (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LYSODREN ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>megestrol acetate oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nilutamide oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
NUBEQA ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORGOVYX ORAL TABLET 120 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ORSERDU ORAL TABLET 345 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ORSERDU ORAL TABLET 86 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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)	
XTANDI ORAL CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
XTANDI ORAL TABLET 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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)	
MESNEX ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antibióticos		
<i>doxorubicin hcl intravenous solution 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>doxorubicin hcl liposomal intravenous injectable 2 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
ELLENCE INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/100ML, 50 MG/25ML	\$0 (Nível 2)	B/D
Antimetabólitos		
<i>azacitidine injection suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>cytarabine injection solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>fluorouracil intravenous solution 1 gm/20ml, 2.5 gm/50ml, 5 gm/100ml, 500 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gemcitabine hcl intravenous solution 1 gm/26.3ml, 2 gm/52.6ml, 200 mg/5.26ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>gemcitabine hcl intravenous solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
INQOVI ORAL TABLET 35-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (5 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 15-6.14 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (100 comprimidos a cada 28 dias); NDS
LONSURF ORAL TABLET 20-8.19 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; QL (14 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pemetrexed disodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 1000 mg, 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PURIXAN ORAL SUSPENSION 2000 MG/100ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TABLOID ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
BESREMI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 500 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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>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; LA; QL (240 comprimidos a cada 30 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
MATULANE ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>tretinoin oral capsule 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
WELIREG ORAL TABLET 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
<i>lenalidomide oral capsule 20 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
POMALYST ORAL CAPSULE 1 MG, 2 MG, 3 MG, 4 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 10 MG, 15 MG, 2.5 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (28 cápsulas a cada 28 dias); NDS
REVLIMID ORAL CAPSULE 20 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (21 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 150 MG, 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 cápsulas a cada 28 dias); NDS
THALOMID ORAL CAPSULE 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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
<i>etoposide intravenous solution 1 gm/50ml, 100 mg/5ml, 500 mg/25ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel intravenous concentrate 100 mg/16.7ml, 150 mg/25ml, 30 mg/5ml, 300 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paclitaxel protein-bound part intravenous suspension reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>vincristine sulfate intravenous solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>vinorelbine tartrate intravenous solution 10 mg/ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
AGENTES IMUNOLÓGICOS		
Agentes Autoimunes		
<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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
DUPIXENT SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/0.67ML, 200 MG/1.14ML, 300 MG/2ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ENBREL MINI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 cartuchos a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 ampolas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 25 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
ENBREL SURECLICK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 40 MG/0.4ML, 40 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA (2 PEN) SUBCUTANEOUS PEN-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 PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (3 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PED>=40KG UC STARTER SUBCUTANEOUS PEN-INJECTOR KIT 80 MG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias); NDS
HUMIRA-PSORIASIS/UEIT STARTER SUBCUTANEOUS PEN-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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>infliximab intravenous solution reconstituted 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 canetas a cada 28 dias); NDS
KEVZARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/1.14ML, 200 MG/1.14ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OTEZLA ORAL TABLET THERAPY PACK 10 & 20 & 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (110 comprimidos por ano); NDS
REMICADE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RENFLEXIS INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
RINVOQ 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; QL (6 ampolas por ano); NDS
SKYRIZI PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 canetas a cada 365 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 180 MG/1.2ML, 360 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 cartucho a cada 30 dias); NDS
SKYRIZI SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (6 seringas a cada 365 dias); NDS
STELARA INTRAVENOUS SOLUTION 130 MG/26ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION 45 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS
STELARA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 45 MG/0.5ML, 90 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
TALTZ SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 80 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (3 seringas a cada 28 dias); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 28 dias); NDS
TREMFYA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
XELJANZ ORAL SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 24 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XELJANZ ORAL 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; LA; 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; LA
GAMMAGARD INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 30 GM/300ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAGARD S/D LESS IGA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 GM, 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAKED INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 20 GM/200ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GAMMAPLEX INTRAVENOUS SOLUTION 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 20 GM/200ML, 20 GM/400ML, 5 GM/100ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GAMUNEX-C INJECTION SOLUTION 1 GM/10ML, 10 GM/100ML, 2.5 GM/25ML, 20 GM/200ML, 40 GM/400ML, 5 GM/50ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
OCTAGAM INTRAVENOUS SOLUTION 1 GM/20ML, 10 GM/100ML, 10 GM/200ML, 2 GM/20ML, 2.5 GM/50ML, 20 GM/200ML, 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; LA; NDS
ARCALYST SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 220 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Imunossupressores		
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; LA; NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
BENLYSTA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 200 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (8 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>cyclosporine modified oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine modified oral solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>cyclosporine oral capsule 100 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>everolimus oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
GENGRAF ORAL CAPSULE 100 MG, 25 MG	\$0 (Nível 1)	B/D
GENGRAF ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate mofetil oral suspension reconstituted 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>mycophenolate mofetil oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>mycophenolate sodium oral tablet delayed release 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NULOJIX INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 250 MG	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
PROGRAF ORAL PACKET 0.2 MG, 1 MG	\$0 (Nível 2)	B/D
REZUROCK ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SANDIMMUNE ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>sirolimus oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>sirolimus oral tablet 0.5 mg, 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>tacrolimus oral capsule 0.5 mg, 1 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
Medicamentos Anti-Reumáticos Modificadores De Doenças (Dmards)		
<i>hydroxychloroquine sulfate oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
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)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
ENGRIX-B INJECTION SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 10 MCG/0.5ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
GARDASIL 9 INTRAMUSCULAR SUSPENSION	\$0 (Nível 1)	
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
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)	
PREHEVBRIO INTRAMUSCULAR SUSPENSION 10 MCG/ML	\$0 (Nível 1)	B/D
PRIORIX SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
PROQUAD SUBCUTANEOUS SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION , (58 UNT/ML)	\$0 (Nível 1)	
QUADRACEL INTRAMUSCULAR SUSPENSION PREFILLED SYRINGE 0.5 ML	\$0 (Nível 1)	
RABAVERT INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	B/D
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)	
ROTARIX ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ROTATEQ ORAL SOLUTION	\$0 (Nível 1)	
SHINGRIX INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 50 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 1)	QL (2 ampolas por vida)
TDVAX INTRAMUSCULAR SUSPENSION 2-2 LF/0.5ML	\$0 (Nível 1)	B/D
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 SUBCUTANEOUS INJECTABLE 1350 PFU/0.5ML	\$0 (Nível 1)	
YF-VAX SUBCUTANEOUS INJECTABLE , (2.5 ML IN 1 VIAL, MULTI-DOSE)	\$0 (Nível 1)	

ANALGÉSICOS

Aínes (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>ec-naproxen oral tablet delayed release 375 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>etodolac er oral tablet extended release 24 hour 400 mg, 500 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>oxycodone hcl oral tablet 10 mg, 15 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 10-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 2.5-325 mg, 5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxycodone-acetaminophen oral tablet 7.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol hcl oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>tramadol-acetaminophen oral tablet 37.5-325 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
Analgésicos De Opioides De Longa Duração		
<i>buprenorphine transdermal patch weekly 10 mcg/hr, 15 mcg/hr, 20 mcg/hr, 5 mcg/hr, 7.5 mcg/hr</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (4 pensos a cada 28 dias)
<i>fentanyl transdermal patch 72 hour 100 mcg/hr, 12 mcg/hr, 25 mcg/hr, 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, 80 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>hydrocodone bitartrate er oral tablet er 24 hour abuse-deterrent 20 mg, 30 mg, 40 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
HYSINGLA ER ORAL TABLET ER 24 HOUR ABUSE-DETERRENT 100 MG, 120 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
METHADONE HCL INTENSOL ORAL CONCENTRATE 10 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral solution 10 mg/5ml, 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (450ml a cada 30 dias)
<i>methadone hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>morphine sulfate er oral tablet extended release 100 mg, 15 mg, 200 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
OXYCONTIN ORAL TABLET ER 12 HOUR ABUSE-DETERRENT 10 MG, 15 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
Diversos		
<i>8 hr arthritis pain relief 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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 8 hour pain reliever oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp acetaminophen oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp aspirin oral tablet delayed release 325 mg, 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp infants pain/fever oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense 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
<i>hm acetaminophen childrens oral tablet chewable 160 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm adult aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin ec low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm aspirin oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm pain reliever oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>liquid acetaminophen oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap arthritis pain oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAPAP CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE 160 MG, 80 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mapap oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um

medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>m-pap oral liquid 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pain relief 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 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 childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc non-aspirin extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief extra strength oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc pain relief oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm 8 hour pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm arthritis pain relief oral tablet extended release 650 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin adult low strength oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin ec oral tablet delayed release 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin low dose oral tablet delayed release 81 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm aspirin oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain & fever infants oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain relief oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever childrens oral suspension 160 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever ex st oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm pain reliever 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)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>colchicine oral tablet 0.6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>colchicine-probenecid oral tablet 0.5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
MITIGARE ORAL CAPSULE 0.6 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>probenecid oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ANESTÉSICOS		
Anestésicos Locais		
<i>lidocaine hcl (pf) injection solution 0.5 %, 1 %, 1.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>lidocaine hcl injection solution 0.5 %, 1 %, 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
ANTI-INFECTIVOS		
Agentes Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate oral solution 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>abacavir sulfate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
APTIVUS ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>atazanavir sulfate oral capsule 150 mg, 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>darunavir oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>darunavir oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
EDURANT ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz oral capsule 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>efavirenz oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>emtricitabine oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
EMTRIVA ORAL SOLUTION 10 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>etravirine oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fosamprenavir calcium oral tablet 700 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
FUZEON SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 90 MG	\$0 (Nível 2)	LA; 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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LEXIVA ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>maraviroc oral tablet 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nevirapine er oral tablet extended release 24 hour 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)	
RUKOBIA ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 12 HOUR 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
SELZENTRY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	
SELZENTRY ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SUNLENCA ORAL TABLET THERAPY PACK 4 X 300 MG, 5 X 300 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tenofovir disoproxil fumarate oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
TIVICAY ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	
TIVICAY ORAL TABLET 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TIVICAY PD ORAL TABLET SOLUBLE 5 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TROGARZO INTRAVENOUS SOLUTION 200 MG/1.33ML	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
TYBOST ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
VIRACEPT ORAL TABLET 250 MG, 625 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL POWDER 40 MG/GM	\$0 (Nível 2)	NDS
VIREAD ORAL TABLET 150 MG, 200 MG, 250 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>zidovudine oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>zidovudine oral tablet 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Agentes Antituberculares		
<i>cycloserine oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>ethambutol hcl oral tablet 100 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>isoniazid oral syrup 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isoniazid oral tablet 100 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PRIFTIN ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>pyrazinamide oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifabutin oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin intravenous solution reconstituted 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rifampin oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SIRTURO ORAL TABLET 100 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
TRECTOR ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	
Agentes De Combinação Antirretrovirais		
<i>abacavir sulfate-lamivudine oral tablet 600-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BIKTARVY ORAL TABLET 30-120-15 MG, 50-200-25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
CIMDUO ORAL TABLET 300-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
COMPLERA ORAL TABLET 200-25-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
DELSTRIGO ORAL TABLET 100-300-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
DESCOVY ORAL TABLET 120-15 MG, 200-25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
DOVATO ORAL TABLET 50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>efavirenz-emtricitab-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)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>emtricitabine-tenofovir df oral tablet 200-300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
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
SYM TUZA ORAL TABLET 800-150-200-10 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIUMEQ ORAL TABLET 600-50-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRIUMEQ PD ORAL TABLET SOLUBLE 60-5-30 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
TRIZIVIR ORAL TABLET 300-150-300 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Antifúngicos		
ABELCET INTRAVENOUS SUSPENSION 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>amphotericin b intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>amphotericin b liposome intravenous suspension reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
<i>caspofungin acetate intravenous solution reconstituted 50 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole in sodium chloride intravenous solution 200-0.9 mg/100ml-%, 400-0.9 mg/200ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral suspension reconstituted 10 mg/ml, 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluconazole oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flucytosine oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>griseofulvin microsize oral suspension 125 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin microsize oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>griseofulvin ultramicrosize oral tablet 125 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>itraconazole oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>ketoconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>miconazole sodium intravenous solution reconstituted 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>nystatin oral tablet 500000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>posaconazole oral suspension 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (630ml a cada 30 dias); NDS
<i>posaconazole oral tablet delayed release 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (93 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>terbinafine hcl oral tablet 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole intravenous solution reconstituted 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>voriconazole oral suspension reconstituted 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>voriconazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>voriconazole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480 comprimidos a cada 30 dias)
Anti-Infeciosos – Diversos		
<i>albendazole oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (672 comprimidos por ano); NDS

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>amikacin sulfate injection solution 1 gm/4ml, 500 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atovaquone oral suspension 750 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>aztreonam injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
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; LA; NDS
<i>clindamycin hcl oral capsule 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin palmitate hcl oral solution reconstituted 75 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in d5w intravenous solution 300 mg/50ml, 600 mg/50ml, 900 mg/50ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clindamycin phosphate in nacl intravenous solution 300-0.9 mg/50ml-%, 600-0.9 mg/50ml-%, 900-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>clindamycin phosphate injection solution 600 mg/4ml, 900 mg/6ml, 9000 mg/60ml</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>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
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
GENABIO COVID-19 RAPID 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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gentamicin sulfate 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)	
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 1)	
<i>linezolid intravenous solution 600 mg/300ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>linezolid oral suspension reconstituted 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	QL (1800ml a cada 30 dias); NDS
<i>linezolid oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
LUCIRA CHECK IT COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<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)	
PILOT COVID-19 AT-HOME TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>praziquantel oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
QUICKVUE AT-HOME COVID-19 TEST IN VITRO KIT	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>reese's pinworm medicine oral suspension 144 (50 base) mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SIVEXTRO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
SIVEXTRO ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
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)	
<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)	
<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)	

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)	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)	
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 30 dias)
PAXLOVID (300/100) ORAL TABLET THERAPY PACK 20 X 150 MG & 10 X 100MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION 180 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PEGASYS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 180 MCG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
PREVYMIS ORAL TABLET 240 MG, 480 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
RELENZA DISKHALER INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 5 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (6 inaladores todos os anos)
<i>ribavirin oral capsule 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ribavirin oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rimantadine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valacyclovir hcl oral tablet 1 gm, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valganciclovir hcl oral solution reconstituted 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>valganciclovir hcl oral tablet 450 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
VEMLIDY ORAL TABLET 25 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
VOSEVI ORAL TABLET 400-100-100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XOFLUZA (40 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 40 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
XOFLUZA (80 MG DOSE) ORAL TABLET THERAPY PACK 1 X 80 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 pastilha a cada 180 dias)
Cefalosporinas		
<i>cefaclor er oral tablet extended release 12 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefaclor oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefaclor oral suspension reconstituted 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefadroxil oral suspension reconstituted 250 mg/5ml, 500 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefazolin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm, 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-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>cefдинir oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefдинir oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl injection solution reconstituted 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefepime hcl intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral capsule 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefixime oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefoxitin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefподoxime proxetil oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefподoxime proxetil oral tablet 100 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefprozil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>ceftazidime injection solution reconstituted 1 gm, 6 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftazidime intravenous solution reconstituted 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ceftriaxone sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime axetil oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium injection solution reconstituted 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cefuroxime sodium intravenous solution reconstituted 1.5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cephalexin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM	\$0 (Nível 1)	
TAZICEF INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1 GM, 2 GM, 6 GM	\$0 (Nível 1)	
TEFLARO INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 MG, 600 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
Eritromicinas/Macrolídeos		
<i>azithromycin intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral packet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral suspension reconstituted 100 mg/5ml, 200 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>azithromycin oral tablet 250 mg, 250 mg (6 pack), 500 mg, 500 mg (3 pack), 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin er oral tablet extended release 24 hour 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral suspension reconstituted 125 mg/5ml, 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clarithromycin oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DIFICID ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
DIFICID ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
E.E.S. 400 ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 1)	
ERY-TAB ORAL TABLET DELAYED RELEASE 250 MG, 333 MG, 500 MG	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ERYTHROCIN LACTOBIONATE INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 500 MG	\$0 (Nível 2)	
ERYTHROCIN STEARATE ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral capsule delayed release particles 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin base oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin ethylsuccinate oral tablet 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin lactobionate intravenous solution reconstituted 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>erythromycin oral tablet delayed release 250 mg, 333 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fluoroquinolones		
CIPRO ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED 500 MG/5ML (10%)	\$0 (Nível 2)	
<i>ciprofloxacin hcl oral tablet 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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>amoxicillin-pot clavulanate oral tablet chewable 200-28.5 mg, 400-57 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin oral capsule 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 125 mg, 2 gm, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin sodium intravenous solution reconstituted 1 gm, 10 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium injection solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ampicillin-sulbactam sodium intravenous solution reconstituted 1.5 (1-0.5) gm, 15 (10-5) gm, 3 (2-1) gm</i>	\$0 (Nível 1)	
BICILLIN L-A INTRAMUSCULAR SUSPENSION REFILLED SYRINGE 1200000 UNIT/2ML, 2400000 UNIT/4ML, 600000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
<i>dicloxacillin sodium oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naftillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>naftillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>oxacillin sodium injection solution reconstituted 1 gm, 2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxacillin sodium intravenous solution reconstituted 10 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g pot in dextrose intravenous solution 40000 unit/ml, 60000 unit/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>penicillin g potassium injection solution reconstituted 20000000 unit, 5000000 unit</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>penicillin g 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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>doxycycline 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)	LA; NDS
NUZYRA ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>tetracycline hcl oral capsule 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>tigecycline intravenous solution reconstituted 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
CARDIOVASCULAR		
Antagonistas Do Recetor De Aldosterona		
<i>eplerenone oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
KERENDIA ORAL TABLET 10 MG, 20 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>spironolactone oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antagonistas Do Recetor De Angiotensina II		
<i>candesartan cilexetil oral tablet 16 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>candesartan cilexetil oral tablet 32 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>irbesartan oral tablet 150 mg, 300 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>losartan potassium oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olmesartan medoxomil oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>telmisartan oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 160 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>valsartan oral tablet 320 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Antiarrítmicos		
<i>amiodarone hcl intravenous solution 150 mg/3ml, 450 mg/9ml, 900 mg/18ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>amiodarone hcl oral tablet 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>disopyramide phosphate oral capsule 100 mg, 150 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>dofetilide oral capsule 125 mcg, 250 mcg, 500 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flecainide acetate oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
MULTAQ ORAL TABLET 400 MG	\$0 (Nível 2)	
NORPACE CR ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 12 HOUR 100 MG, 150 MG	\$0 (Nível 2)	
PACERONE ORAL TABLET 100 MG, 200 MG, 400 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl er oral capsule extended release 12 hour 225 mg, 325 mg, 425 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propafenone hcl oral tablet 150 mg, 225 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quinidine sulfate oral tablet 200 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SORINE ORAL TABLET 120 MG, 160 MG, 240 MG, 80 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl (af) oral tablet 120 mg, 160 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sotalol hcl oral tablet 120 mg, 160 mg, 240 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antilipêmicos, Diversos		
<i>cholestyramine light oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine light oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral packet 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>cholestyramine oral powder 4 gm/dose</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral packet 3.75 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colesevelam hcl oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral granules 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral packet 5 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>colestipol hcl oral tablet 1 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ezetimibe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 succinate er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate intravenous solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>metoprolol tartrate oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nadolol oral tablet 20 mg, 40 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nebivolol hcl oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>nebivolol hcl oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>pindolol oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl er oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 160 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral solution 20 mg/5ml, 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propranolol hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 60 mg, 80 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Bloqueadores De Canais De Cálcio		
<i>amlodipine besylate oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
CARTIA XT ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 180 MG, 240 MG, 300 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er coated beads oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg, 300 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl er oral capsule extended release 12 hour 120 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl intravenous solution 125 mg/25ml, 25 mg/5ml, 50 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diltiazem hcl oral tablet 120 mg, 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>dilt-xr oral capsule extended release 24 hour 120 mg, 180 mg, 240 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felodipine er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>isradipine oral capsule 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nicardipine hcl oral capsule 20 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nifedipine er osmotic release oral tablet extended release 24 hour 30 mg, 60 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Combinações De 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>torsemide oral tablet 10 mg, 100 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral capsule 37.5-25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamterene-hctz oral tablet 37.5-25 mg, 75-50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Diversos		
<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)	

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>clonidine transdermal patch weekly 0.1 mg/24hr, 0.2 mg/24hr, 0.3 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	
CORLANOR ORAL SOLUTION 5 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	QL (450ml a cada 30 dias)
CORLANOR ORAL TABLET 5 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos 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>metirosine 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)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Hipertensão Arterial Pulmonar		
ADEMPAS ORAL TABLET 0.5 MG, 1 MG, 1.5 MG, 2 MG, 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>ambrisentan oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>bosentan oral tablet 125 mg, 62.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
OPSUMIT ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>sildenafil citrate oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>treprostinil injection solution 100 mg/20ml, 20 mg/20ml, 200 mg/20ml, 50 mg/20ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
VENTAVIS INHALATION SOLUTION 10 MCG/ML, 20 MCG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
Inibidores Ace		
<i>benazepril hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 40 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
PCCA EMOLLIENT CREAM BASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>petrolatum external gel</i>	\$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>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 Aglutinantes De Fosfato		
<i>calcium acetate (phos binder) oral capsule 667 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 cápsulas a cada 30 dias)
<i>calcium acetate oral tablet 667 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (360 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>lanthanum carbonate oral tablet chewable 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral packet 0.8 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (540 pacotes a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral packet 2.4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 pacotes a cada 30 dias)
<i>sevelamer carbonate oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (540 comprimidos a cada 30 dias)
VELPHORO ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Agentes Da Tiroide		
EUTHYROX ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVO-T ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levothyroxine sodium oral tablet 100 mcg, 112 mcg, 125 mcg, 137 mcg, 150 mcg, 175 mcg, 200 mcg, 25 mcg, 300 mcg, 50 mcg, 75 mcg, 88 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVOXYL ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>liothyronine sodium oral tablet 25 mcg, 5 mcg, 50 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>methimazole oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>propylthiouracil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNTHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 2)	
UNITHROID ORAL TABLET 100 MCG, 112 MCG, 125 MCG, 137 MCG, 150 MCG, 175 MCG, 200 MCG, 25 MCG, 300 MCG, 50 MCG, 75 MCG, 88 MCG	\$0 (Nível 1)	
Agentes Elevadores De Glicose		
<i>cvs glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diazoxide oral suspension 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
GLUTOSE 5 ORAL GEL 40 %	\$0 (Nível 3)	DP
GVOKE HYPOPEN 2-PACK SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 0.5 MG/0.1ML, 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE KIT SUBCUTANEOUS SOLUTION 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
GVOKE PFS SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 1 MG/0.2ML	\$0 (Nível 2)	
<i>value plus glucose oral gel 40 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Agentes Quelantes		
CHEMET ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>deferasirox granules oral packet 180 mg, 360 mg, 90 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 180 mg, 360 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>deferasirox oral tablet 90 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
KIONEX ORAL 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 ORAL SUSPENSION 15 GM/60ML	\$0 (Nível 1)	
<i>trientine hcl oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
VELTASSA ORAL PACKET 16.8 GM, 25.2 GM, 8.4 GM	\$0 (Nível 2)	
Analógicos De Vitamina D		
<i>calcitriol oral capsule 0.25 mcg, 0.5 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>calcitriol oral solution 1 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>paricalcitol oral capsule 1 mcg, 2 mcg, 4 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
RAYALDEE ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 30 MCG	\$0 (Nível 2)	NDS
Andrógenos		
DEPO-TESTOSTERONE INTRAMUSCULAR SOLUTION 100 MG/ML, 200 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA
<i>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
<i>testosterone enanthate intramuscular solution 200 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>testosterone transdermal gel 12.5 mg/act (1%), 25 mg/2.5gm (1%), 50 mg/5gm (1%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (300 gramas a cada 30 dias)
<i>testosterone transdermal gel 20.25 mg/act (1.62%)</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (150 gramas a cada 30 dias)
Antidiabéticos		
<i>acarbose oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
BYDUREON BCISE SUBCUTANEOUS AUTO-INJECTOR 2 MG/0.85ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
BYETTA 10 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 10 MCG/0.04ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
BYETTA 5 MCG PEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 5 MCG/0.02ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
FARXIGA ORAL TABLET 10 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glimepiride oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide er oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide xl oral tablet extended release 24 hour 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (240 comprimidos a cada 30 dias)
<i>glipizide-metformin hcl oral tablet 2.5-500 mg, 5-500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
GLYXAMBI ORAL TABLET 10-5 MG, 25-5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET ORAL TABLET 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 100-1000 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JANUMET XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 50-1000 MG, 50-500 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
JANUVIA ORAL TABLET 100 MG, 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
JARDIANCE ORAL TABLET 10 MG, 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)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 PEN-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 PEN-INJECTOR 0.75 MG/0.5ML, 1.5 MG/0.5ML, 3 MG/0.5ML, 4.5 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (4 canetas a cada 28 dias)
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)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antidiabéticos, 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)	
BASAGLAR KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
COMFORT ASSIST INSULIN SYRINGE 29G X 1/2" 1 ML	\$0 (Nível 2)	
<i>cvs gauze sterile pad 2"x2"</i>	\$0 (Nível 2)	
EXEL COMFORT POINT PEN NEEDLE 29G X 12MM	\$0 (Nível 2)	
FIASP FLEXTouch SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP INJECTION SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PENFILL SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
FIASP PUMPCART SUBCUTANEOUS SOLUTION CARTRIDGE 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
<i>global alcohol prep ease pad 70 %</i>	\$0 (Nível 2)	
HUMULIN R U-500 (CONCENTRATED) SUBCUTANEOUS SOLUTION 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	B/D; NDS
HUMULIN R U-500 KWIKPEN SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 500 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	NDS
LANTUS SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
LANTUS SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
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 MIX 70/30 FLEXPEN SUBCUTANEOUS SUSPENSION PEN-INJECTOR (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
NOVOLOG MIX 70/30 SUBCUTANEOUS SUSPENSION (70-30) 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
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 CLASSIC PODS (GEN 3)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) KIT	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 kit a cada ano)
OMNIPOD DASH PODS (GEN 4)	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
OMNIPOD GO KIT 10 UNIT/24HR, 15 UNIT/24HR, 20 UNIT/24HR, 25 UNIT/24HR, 30 UNIT/24HR, 35 UNIT/24HR, 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (15 cápsulas a cada 30 dias)
<i>preferred plus insulin syringe 28g x 1/2" 0.5 ml</i>	\$0 (Nível 2)	
RELI-ON INSULIN SYRINGE 29G 0.3 ML	\$0 (Nível 2)	
SOLIQUA SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-33 UNT-MCG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 25 dias)
TOUJEO MAX SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TOUJEO SOLOSTAR SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 300 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA FLEXTOUCH SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100 UNIT/ML, 200 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
TRESIBA SUBCUTANEOUS SOLUTION 100 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	
V-GO 20 KIT 20 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 dispositivos a cada 30 dias)
V-GO 30 KIT 30 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 dispositivos a cada 30 dias)
V-GO 40 KIT 40 UNIT/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 dispositivos a cada 30 dias)
XULTOPHY SUBCUTANEOUS SOLUTION PEN-INJECTOR 100-3.6 UNIT-MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (5 canetas a cada 30 dias)
Contraceptivos		
AFIRMELLE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<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)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AMETHIA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
APRI ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ARANELLE ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
ASHLYNA ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
AUBRA EQ ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AUROVELA FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AVIANE ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AYUNA ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
AZURETTE ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
BALZIVA ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
BLISOVI FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>briellyn oral tablet 0.4-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
CAMILA ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE LO ORAL TABLET 0.1-0.02 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CAMRESE ORAL TABLET 0.15-0.03 & 0.01 MG	\$0 (Nível 1)	
CHATEAL 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 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), 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospiren-eth estrad-levomefol oral tablet 3-0.03-0.451 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>drospirenone-ethinyl estradiol oral tablet 3-0.02 mg, 3-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LENDIA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
LARIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG(24)	\$0 (Nível 1)	
LARIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LARIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LAYOLIS FE ORAL TABLET CHEWABLE 0.8-25 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEENA ORAL TABLET 0.5/1/0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LESSINA ORAL TABLET 0.1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LEVONEST ORAL TABLET 50-30/75-40/ 125-30 MCG	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth est & eth est oral tablet 42-21-21-7 days</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgest-eth estrad 91-day oral tablet 0.1-0.02 & 0.01 mg, 0.15-0.03 & 0.01 mg, 0.15-0.03 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorgestrel-ethinyl estrad oral tablet 0.1-20 mg-mcg, 0.15-30 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levonorg-eth estrad triphasic oral tablet 50-30/75-40/ 125-30 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
LEVORA 0.15/30 (28) ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
LOESTRIN 1.5/30 (21) ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
MICROGESTIN 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN 24 FE ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1.5/30 ORAL TABLET 1.5-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MICROGESTIN FE 1/20 ORAL TABLET 1-20 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MILI ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
MONO-LINYAH ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NECON 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NIKKI ORAL TABLET 3-0.02 MG	\$0 (Nível 1)	
NORA-BE ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
<i>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)	

LENDIA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>norethindrone oral tablet 0.35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethindron-ethinyl estrad-fe oral tablet 1-20/1-30/1-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norethin-eth estradiol-fe oral tablet chewable 0.4-35 mg-mcg, 0.8-25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norgestimate-eth estradiol oral tablet 0.25-35 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>norgestim-eth estrad triphasic oral tablet 0.18/0.215/0.25 mg-25 mcg, 0.18/0.215/0.25 mg-35 mcg</i>	\$0 (Nível 1)	
NORLYROC ORAL TABLET 0.35 MG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 0.5/35 (28) ORAL TABLET 0.5-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 1/35 (21) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 1/35 (28) ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NORTREL 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NYLIA 1/35 ORAL TABLET 1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NYLIA 7/7/7 ORAL TABLET 0.5/0.75/1-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
NYMYO ORAL TABLET 0.25-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
OCELLA ORAL TABLET 3-0.03 MG	\$0 (Nível 1)	
PHILITH ORAL TABLET 0.4-35 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
PIMTREA ORAL TABLET 0.15-0.02/0.01 MG (21/5)	\$0 (Nível 1)	
PORTIA-28 ORAL TABLET 0.15-30 MG-MCG	\$0 (Nível 1)	
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
TRI-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/STUDDERED	\$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
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)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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; LA; NDS
<i>betaine oral powder</i>	\$0 (Nível 2)	LA; NDS
<i>cabergoline oral tablet 0.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carglumic acid oral tablet soluble 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CERDELGA ORAL CAPSULE 84 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CEREZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 400 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>charcoal powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cinacalcet hcl oral tablet 30 mg, 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; LA
<i>desmopressin ace spray refrig nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate oral tablet 0.1 mg, 0.2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>desmopressin acetate pf injection solution 4 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>desmopressin acetate spray nasal solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FABRAZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 35 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
GENOTROPIN MINISUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 0.2 MG, 0.4 MG, 0.6 MG, 0.8 MG, 1 MG, 1.2 MG, 1.4 MG, 1.6 MG, 1.8 MG, 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
GENOTROPIN SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 12 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
INCRELEX SUBCUTANEOUS SOLUTION 40 MG/4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL PACKET 100 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
JAVYGTOR ORAL TABLET 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
KETO-DIASTIX IN VITRO STRIP	\$0 (Nível 3)	DP
KORLYM ORAL TABLET 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>lanreotide acetate subcutaneous solution 120 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>levocarnitine oral solution 1 gm/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>levocarnitine oral tablet 330 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
LUMIZYME INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 50 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 15 MG, 7.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH) INTRAMUSCULAR KIT 11.25 MG, 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
<i>miglustat oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NAGLAZYME INTRAVENOUS SOLUTION 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>nitrofurantoin 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)	

LEENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sapropterin dihydrochloride oral packet 100 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sapropterin dihydrochloride oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SIGNIFOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 0.3 MG/ML, 0.6 MG/ML, 0.9 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral powder 3 gml/tsp</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>sodium phenylbutyrate oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
SOMATULINE DEPOT SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/0.5ML, 60 MG/0.2ML, 90 MG/0.3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
SOMAVERT SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 10 MG, 15 MG, 20 MG, 25 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
YARGESA ORAL CAPSULE 100 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias); NDS
Endometriose		
<i>danazol oral capsule 100 mg, 200 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
SYNAREL NASAL SOLUTION 2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
LYLLANA TRANSDERMAL PATCH TWICE WEEKLY 0.025 MG/24HR, 0.0375 MG/24HR, 0.05 MG/24HR, 0.075 MG/24HR, 0.1 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
MIMVEY ORAL TABLET 1-0.5 MG	\$0 (Nível 2)	
norethindrone-eth estradiol oral tablet 0.5-2.5 mg-mcg, 1-5 mg-mcg	\$0 (Nível 2)	
YUVAFEM VAGINAL TABLET 10 MCG	\$0 (Nível 1)	
Glucocorticóides		
DEXAMETHASONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 1 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
dexamethasone oral elixir 0.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
dexamethasone oral solution 0.5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
dexamethasone oral tablet 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg, 2 mg, 4 mg, 6 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
dexamethasone sod phosphate pf injection solution 10 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution 10 mg/ml, 100 mg/10ml, 120 mg/30ml, 20 mg/5ml, 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
dexamethasone sodium phosphate injection solution prefilled syringe 4 mg/ml	\$0 (Nível 1)	
fludrocortisone acetate oral tablet 0.1 mg	\$0 (Nível 1)	
hydrocortisone oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg	\$0 (Nível 1)	
methylprednisolone acetate injection suspension 40 mg/ml, 80 mg/ml	\$0 (Nível 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet 16 mg, 32 mg, 4 mg, 8 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
methylprednisolone oral tablet therapy pack 4 mg	\$0 (Nível 1)	
methylprednisolone sodium succ injection solution reconstituted 1000 mg, 125 mg, 40 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisolone oral solution 15 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisolone sodium phosphate oral solution 15 mg/5ml, 25 mg/5ml, 6.7 (5 base) mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
PREDNISONE INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	B/D
prednisone oral solution 5 mg/5ml	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisone oral tablet 1 mg, 10 mg, 2.5 mg, 20 mg, 5 mg, 50 mg	\$0 (Nível 1)	B/D
prednisone oral tablet therapy pack 10 mg (21), 10 mg (48), 5 mg (21), 5 mg (48)	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SOLU-CORTEF INJECTION SOLUTION RECONSTITUTED 100 MG, 1000 MG, 250 MG, 500 MG	\$0 (Nível 2)	
Non-Frf		
ADIPEX-P ORAL CAPSULE 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
ADIPEX-P ORAL TABLET 37.5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzphetamine hcl oral tablet 25 mg, 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
LOMAIRA ORAL TABLET 8 MG	\$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		
<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)	
<i>alendronate sodium oral tablet 10 mg, 35 mg, 70 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>calcitonin (salmon) nasal solution 200 unit/act</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>ibandronate sodium oral tablet 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
NATPARA SUBCUTANEOUS CARTRIDGE 100 MCG, 25 MCG, 50 MCG, 75 MCG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
<i>pamidronate disodium intravenous solution 30 mg/10ml, 90 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>pamidronate disodium intravenous solution 6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	B/D
PROLIA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 60 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 180 dias)

LENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>risedronate sodium oral tablet 150 mg, 35 mg, 35 mg (12 pack), 35 mg (4 pack), 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>risedronate sodium oral tablet delayed release 35 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>teriparatide (recombinant) subcutaneous solution pen-injector 620 mcg/2.48ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
XGEVA SUBCUTANEOUS SOLUTION 120 MG/1.7ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
<i>zoledronic acid intravenous concentrate 4 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
<i>zoledronic acid intravenous solution 4 mg/100ml, 5 mg/100ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
GASTROINTESTINAL		
Antagonistas Do Recetor H2		
<i>famotidine (pf) intravenous solution 20 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine intravenous solution 200 mg/20ml, 40 mg/4ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>famotidine oral suspension reconstituted 40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300ml a cada 30 dias)
<i>famotidine oral tablet 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>famotidine oral tablet 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>famotidine premixed intravenous solution 20-0.9 mg/50ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>nizatidine oral capsule 150 mg, 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Antiácidos		
ALMACONE DOUBLE STRENGTH ORAL SUSPENSION 400-400-40 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aluminum hydroxide gel oral suspension 320 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antacid calcium 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 regular strength oral tablet chewable 500 mg</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
CAL-GEST ANTACID ORAL TABLET CHEWABLE 500 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<i>hm antacid anti-gas ex st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antacid oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus oral liquid 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mag-al plus xs oral liquid 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide oral tablet 250 mg, 400 mg, 420 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mintox maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MINTOX PLUS ORAL TABLET CHEWABLE 200-200-25 MG	\$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>sm antacid advanced max st oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid advanced oral suspension 200-200-20 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid maximum strength oral suspension 400-400-40 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid oral suspension 400-400-40 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antacid oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium bicarbonate oral powder</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Antidiarreicos		
<i>anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bismatrol oral tablet chewable 262 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral capsule 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp anti-diarrheal oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loperamide hcl oral solution 1 mg/7.5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc gas relief extra strength oral capsule 125 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RELISTOR SUBCUTANEOUS SOLUTION 12 MG/0.6ML, 12 MG/0.6ML (0.6ML SYRINGE), 8 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (28 seringas a cada 28 dias); NDS
<i>sm gas relief infants oral suspension 20 mg/0.3ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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>ursodiol oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ursodiol oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
XERMELO ORAL TABLET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
XIFAXAN ORAL TABLET 550 MG	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
Doença Inflamatória Intestinal		
<i>balsalazide disodium oral capsule 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>budesonide er oral tablet extended release 24 hour 9 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>budesonide oral capsule delayed release particles 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (90 cápsulas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone rectal enema 100 mg/60ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine er oral capsule extended release 24 hour 0.375 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral capsule delayed release 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>mesalamine oral tablet delayed release 1.2 gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>mesalamine rectal enema 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine rectal suppository 1000 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mesalamine-cleanser rectal kit 4 gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfasalazine oral tablet delayed release 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Enzimas Pancreáticas		
CREON ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE PARTICLES 12000-38000 UNIT, 24000-76000 UNIT, 3000-9500 UNIT, 36000-114000 UNIT, 6000-19000 UNIT	\$0 (Nível 2)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	
Inibidores Da Bomba De Protões		
<i>esomeprazole magnesium oral capsule delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	ST; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
<i>lansoprazole oral capsule delayed release 15 mg, 30 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>omeprazole oral capsule delayed release 10 mg, 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pantoprazole sodium intravenous solution reconstituted 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>pantoprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rabeprazole sodium oral tablet delayed release 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
Laxantes		
<i>bisacodyl ec oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bisacodyl rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
COLACE CLEAR ORAL CAPSULE 50 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 50 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL KIDS RECTAL ENEMA 100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
DOCUSOL MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enema ready-to-use rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ MINI RECTAL ENEMA 283 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
ENEMEEZ PLUS RECTAL ENEMA 20-283 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>enulose oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fiber-lax oral tablet 625 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FLEET ENEMA RECTAL ENEMA , 7-19 GM/118ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gavilax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GAVILYTE-C ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 240 GM	\$0 (Nível 1)	
GAVILYTE-G ORAL SOLUTION RECONSTITUTED 236 GM	\$0 (Nível 1)	
<i>generlac oral solution 10 gm/15ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gentle laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gentlelax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin (adult) rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin (infants & children) rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin adult rectal suppository 2 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>glycerin childrens rectal suppository 1 gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GLYCOLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
GNP CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp fiber oral powder 43 %</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 plus 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
GOODSENSE CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense epsom salt oral granules</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mineral oil oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HEALTHYLAX ORAL PACKET 17 GM	\$0 (Nível 3)	DP
HM CLEARLAX ORAL POWDER 17 GM/SCOOP	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>hm enema rectal enema 7-19 gm/118ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm gentle laxative rectal suppository 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm laxative oral tablet delayed release 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm milk of magnesia oral suspension 1200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm senna oral tablet 8.6 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm stool softener/laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>konsyl daily fiber oral powder 28.3 %, 60.3 %</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 regular strength oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>milk of magnesia oral suspension 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
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
<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>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 fiber therapy oral powder 25 %, 51.7 %</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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 mineral oil heavy oral oil</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natural vegetable oral powder 95 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc natura-lax oral powder 17 gm/scoop</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc stool softener pls laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
REGULOID ORAL POWDER 28.3 %, 43 %, 51.7 %	\$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-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
SEKOKOT EXTRA STRENGTH ORAL TABLET 17.2 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 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 stool softener oral capsule 100 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 oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>stool softener plus laxative oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vegetable lax+stool softener oral tablet 8.6-50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GENITOURINÁRIO		
Anti-Infecciosos Vaginais		
<i>3 day vaginal vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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 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 nitrate vaginal cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MONISTAT 7 COMBO PACK APP VAGINAL KIT 100 & 2 MG-% (9GM)	\$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		
GEMTESA ORAL TABLET 75 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
MYRBETRIQ ORAL SUSPENSION RECONSTITUTED ER 8 MG/ML	\$0 (Nível 2)	QL (300ml a cada 28 dias)
MYRBETRIQ ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 25 MG, 50 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride er oral tablet extended release 24 hour 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>oxybutynin chloride oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (600ml a cada 30 dias)

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)	
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>tamsulosin hcl oral capsule 0.4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
HEMATOLÓGICO		
Anticoagulantes		
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK ORAL TABLET THERAPY PACK 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 2.5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ELIQUIS ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (74 comprimidos a cada 30 dias)
<i>enoxaparin sodium injection solution 300 mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>enoxaparin sodium injection solution prefilled syringe 100 mg/ml, 120 mg/0.8ml, 150 mg/ml, 30 mg/0.3ml, 40 mg/0.4ml, 60 mg/0.6ml, 80 mg/0.8ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 10 mg/0.8ml, 5 mg/0.4ml, 7.5 mg/0.6ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>fondaparinux sodium subcutaneous solution 2.5 mg/0.5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>heparin (porcine) in nacl intravenous solution 12500-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/250ml-%, 25000-0.45 ut/500ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>heparin sod (porcine) in d5w intravenous solution 100 unit/ml, 25000-5 ut/500ml-%, 40-5 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)
Diversos		
ALVAIZ ORAL TABLET 18 MG, 36 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
ALVAIZ ORAL TABLET 54 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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; LA; QL (24 caixas a cada 30 dias); NDS
<i>cilostazol oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DOPTELET ORAL TABLET 20 MG, 20 MG (10 PACK), 20 MG(15 PACK)	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
DROXIA ORAL CAPSULE 200 MG, 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	
ENDARI ORAL PACKET 5 GM	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 2000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 ampolas a cada 30 dias); NDS
HAEGARDA SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 3000 UNIT	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (20 ampolas a cada 30 dias); NDS
<i>icatibant acetate subcutaneous solution 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)	
PROMACTA ORAL PACKET 12.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL PACKET 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PROMACTA ORAL TABLET 12.5 MG, 25 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
PROMACTA ORAL TABLET 50 MG, 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
SAJAZIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 30 MG/3ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (9 seringas a cada 30 dias); NDS
<i>tranexamic acid intravenous solution 1000 mg/10ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranexamic acid oral tablet 650 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
Fatores De Crescimento Hematopoiético		
PROCRIT INJECTION SOLUTION 10000 UNIT/ML, 2000 UNIT/ML, 3000 UNIT/ML, 4000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA
PROCRIT INJECTION SOLUTION 20000 UNIT/ML, 40000 UNIT/ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZARXIO INJECTION SOLUTION PREFILLED SYRINGE 300 MCG/0.5ML, 480 MCG/0.8ML	\$0 (Nível 2)	PA; NDS
ZIEXTENZO SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 6 MG/0.6ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 seringas a cada 28 dias); NDS
Ferro		
<i>active fe oral tablet 75-1.25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CHROMAGEN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITA 150 ORAL TABLET 150-1.25 MG	\$0 (Nível 3)	DP
CORVITE 150 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>corvite fe oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvs iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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>eq iron supplement therapy oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq slow release iron oral tablet extended release 160 (50 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FERAHEME INTRAVENOUS SOLUTION 510 MG/17ML	\$0 (Nível 3)	DP
FERATE ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERGON ORAL TABLET 240 (27 FE) MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVA 21/7 ORAL TABLET 75-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FERIVAFA ORAL CAPSULE 110-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous gluconate oral tablet 240 (27 fe) mg, 324 (37.5 fe) mg, 324 (38 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral solution 220 (44 fe) mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet 325 (65 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ferrous sulfate oral tablet delayed release 324 (65 fe) mg, 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
HEMATOGEN FA ORAL CAPSULE 200-250-0.01-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
HEMOCYTE PLUS ORAL CAPSULE 106-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INFED INJECTION SOLUTION 50 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
INJECTAFER INTRAVENOUS SOLUTION 750 MG/15ML	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA F ORAL CAPSULE 125-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA ORAL CAPSULE 62.5-62.5-40-3 MG	\$0 (Nível 3)	DP
INTEGRA PLUS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron 27 oral tablet 240 (27 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron chews pediatric oral tablet chewable 15 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron high-potency oral tablet 325 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>iron oral tablet 240 (27 fe) mg, 325 (65 fe) mg, 90 (18 fe) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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 ORAL LIQUID 125 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
NOVAFERRUM PEDIATRIC DROPS ORAL LIQUID 15 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
NUFERA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
NU-IRON ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
POLY-IRON 150 ORAL CAPSULE 150 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>polysaccharide-iron complex oral capsule 150 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>purevit dualfe plus oral capsule 162-115.2-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px iron oral tablet 27 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 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
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
TRIFERIC HEMODIALYSIS PACKET 272 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>trigels-f forte oral capsule 460-60-0.01-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VENOFER INTRAVENOUS SOLUTION 20 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
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)	
NAPHCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.025-0.3 %	\$0 (Nível 3)	DP
OPCON-A OPHTHALMIC SOLUTION 0.027-0.315 %	\$0 (Nível 3)	DP
ZERVIAE OPHTHALMIC SOLUTION 0.24 %	\$0 (Nível 2)	
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>latanoprost ophthalmic solution 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levobunolol hcl ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
LUMIGAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.01 %	\$0 (Nível 2)	
<i>pilocarpine hcl ophthalmic solution 1 %, 2 %, 4 %</i>	\$0 (Nível 1)	
RHOPRESSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.02 %	\$0 (Nível 2)	
ROCKLATAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.02-0.005 %	\$0 (Nível 2)	
SIMBRINZA OPHTHALMIC SUSPENSION 1-0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>timolol maleate ophthalmic gel forming solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>timolol maleate ophthalmic solution 0.25 %, 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
VYZULTA OPHTHALMIC SOLUTION 0.024 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infecioso/Anti-Inflamatório		
<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc ophthalmic ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic ointment 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-dexameth ophthalmic suspension 3.5-10000-0.1</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-hc ophthalmic suspension 3.5-10000-1</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN HC OPHTHALMIC OINTMENT 1 %	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide-prednisolone ophthalmic solution 10-0.23 %</i>	\$0 (Nível 1)	
TOBRADEX OPHTHALMIC OINTMENT 0.3-0.1 %	\$0 (Nível 2)	
TOBRADEX ST OPHTHALMIC SUSPENSION 0.3-0.05 %	\$0 (Nível 2)	
<i>tobramycin-dexamethasone ophthalmic suspension 0.3-0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
ZYLET OPHTHALMIC SUSPENSION 0.5-0.3 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Infeciosos		
<i>bacitracin ophthalmic ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>bacitracin-polymyxin b ophthalmic ointment 500-10000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	
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)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)	
NATACYN OPHTHALMIC SUSPENSION 5 %	\$0 (Nível 2)	
<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx ophthalmic ointment 5-400-10000</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>neomycin-polymyxin-gramicidin ophthalmic solution 1.75-10000-.025</i>	\$0 (Nível 1)	
NEO-POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 3.5-400-10000	\$0 (Nível 1)	
<i>ofloxacin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
POLYCIN OPHTHALMIC OINTMENT 500-10000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	
<i>polymyxin b-trimethoprim ophthalmic solution 10000-0.1 unit/ml-%</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sulfacetamide sodium ophthalmic solution 10 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tobramycin ophthalmic solution 0.3 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trifluridine ophthalmic solution 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
XDEMY OPHTHALMIC SOLUTION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZIRGAN OPHTHALMIC GEL 0.15 %	\$0 (Nível 2)	
Anti-Inflamatórios		
ALREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.2 %	\$0 (Nível 2)	
<i>bromfenac sodium ophthalmic solution 0.07 %, 0.075 %</i>	\$0 (Nível 1)	
BROMSITE OPHTHALMIC SOLUTION 0.075 %	\$0 (Nível 2)	
<i>dexamethasone sodium phosphate ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>diclofenac sodium ophthalmic solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
EYSUVIS OPHTHALMIC SUSPENSION 0.25 %	\$0 (Nível 2)	
FLAREX OPHTHALMIC SUSPENSION 0.1 %	\$0 (Nível 2)	
<i>fluorometholone ophthalmic suspension 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>flurbiprofen sodium ophthalmic solution 0.03 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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)	
PROLENSA OPHTHALMIC SOLUTION 0.07 %	\$0 (Nível 2)	
Diversos		
ALCON TEARS OPHTHALMIC SOLUTION 0.5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>atropine sulfate solution 1 % ophthalmic</i>	\$0 (Nível 2)	
CYSTADROPS OPHTHALMIC SOLUTION 0.37 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
CYSTARAN OPHTHALMIC SOLUTION 0.44 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
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
<i>gnp artificial tears ophthalmic solution 5-6 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense lubricating eye drop ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm dry eye relief ophthalmic solution 0.2-0.2-1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lubricating tears ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricant eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating eye drops ophthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating plus eye drops ophthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lubricating tears eye drops ophthalmic solution 0.1-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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)	
REFRESH CELLUVISC OPHTHALMIC GEL 1 %	\$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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 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 lubricant eye drops opthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating plus opthalmic solution 0.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm lubricating tears opthalmic solution 0.4-0.3 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sodium chloride (hypertonic) opthalmic solution 5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE BALANCE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE COMPLETE OPHTHALMIC SOLUTION 0.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
SYSTANE 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
TYRVAYA NASAL SOLUTION 0.03 MG/ACT	\$0 (Nível 2)	
<i>ultra lubricating eye drops opthalmic 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)	

LENDA

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

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>all-day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>aller-chlor oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy 24-hr oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy oral tablet 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy rel child (loratadine) oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief childrens oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>allergy relief oral tablet 10 mg, 25 mg, 4 mg, 5 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 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>complete allergy medicine oral capsule 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>fexofenadine hcl oral tablet 180 mg, 60 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 tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief 24 hr oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp allergy relief max st oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp allergy relief oral tablet 180 mg, 25 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp childrens allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp loratadine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense all day allergy oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense aller-ease oral tablet 180 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief (cetirizine) oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief oral capsule 25 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm allergy relief oral tablet 180 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cetirizine hcl oral tablet 10 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 oral tablet 5 mg</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>loratadine childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine childrens oral tablet chewable 5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>m-dryl oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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 childrens allergy oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>qc loratadine allergy relief oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siladryl allergy oral liquid 12.5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy childrens oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm all day allergy 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 oral tablet 25 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 oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm loratadine oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Combinações Anticolinérgicas/Agonistas Beta		
ANORO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
BEVESPI AEROSPHERE INHALATION AEROSOL 9-4.8 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREZTRI AEROSPHERE AEROSOL 160-9-4.8 MCG/ACT INHALATION	\$0 (Nível 2)	QL (4 inaladores a cada 28 dias)
COMBIVENT RESPIMAT INHALATION AEROSOL SOLUTION 20-100 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (2 inaladores a cada 30 dias)
<i>ipratropium-albuterol inhalation solution 0.5-2.5 (3) mg/3ml</i>	\$0 (Nível 1)	B/D
TRELEGY ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-62.5-25 MCG/ACT, 200-62.5-25 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (60 placas de medicamentos a cada 30 dias)
Combinações Esteróides/Beta-Agonistas		
ADVAIR HFA INHALATION AEROSOL 115-21 MCG/ACT, 230-21 MCG/ACT, 45-21 MCG/ACT	\$0 (Nível 2)	QL (1 inalador a cada 30 dias)
BREO ELLIPTA INHALATION AEROSOL POWDER BREATH ACTIVATED 100-25 MCG/ACT, 200-25 MCG/ACT, 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 2)	PA; 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 2)	PA; 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)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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 PLUS FLO-VU	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU LARGE	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU MEDIUM	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU SMALL	\$0 (Nível 3)	DP
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU W/MASK	\$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; LA; NDS
BRONCHITOL INHALATION CAPSULE 40 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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; LA; NDS
FASENRA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 10 MG/0.5ML, 30 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
FLEXICHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/LARGE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MEDIUM DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/MOUTHPIECE DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
INSPIRACHAMBER/SMALL 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; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
KALYDECO ORAL TABLET 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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; LA; 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
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; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ORKAMBI ORAL TABLET 100-125 MG, 200-125 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (112 comprimidos a cada 28 dias); NDS
<i>pirfenidone oral capsule 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 267 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>pirfenidone oral tablet 534 mg, 801 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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; LA; 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; LA; 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; LA; QL (84 comprimidos a cada 28 dias); NDS
TRIKAFTA ORAL THERAPY PACK 100-50-75 & 75 MG, 80-40-60 & 59.5 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (56 pacotes a cada 28 dias); NDS
VORTEX VALVED HOLDING CHAMBER DEVICE	\$0 (Nível 3)	DP
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 150 MG/ML, 300 MG/2ML, 75 MG/0.5ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
XOLAIR SUBCUTANEOUS SOLUTION RECONSTITUTED 150 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; NDS
ZEMAIRA INTRAVENOUS SOLUTION RECONSTITUTED 1000 MG, 4000 MG, 5000 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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
<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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 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
BENZEDREX NASAL INHALER	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzonatate oral capsule 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capcof oral syrup 5-2-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cetirizine-pseudoephedrine er oral tablet extended release 12 hour 5-120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>chest congestion relief dm oral syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<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 syrup 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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>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 mucus relief oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray extra moist nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray fast acting nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp no drip nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp 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 cough dm childrens oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense mucus er maximum str oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>goodsense 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 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 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 allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm cough dm oral suspension extended release 30 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal decongestant 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm nose drops nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYCODAN ORAL SOLUTION 5-1.5 MG/5ML	\$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
<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 BP ORAL LIQUID 30-2-7.5 MG/5ML	\$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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>m-clear wc oral solution 100-6.33 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
M-END PE ORAL LIQUID 3.33-1.33-6.33 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS FREEFROM ORAL LIQUID 5-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
MUCINEX CHILDRENS STUFFY NOSE NASAL SOLUTION 0.05 %	\$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 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 FREEFROM SEV CNGST/CGH ORAL LIQUID 10-20-400 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
<i>mucus & chest congestion oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mucus relief childrens oral liquid 2.5-5-100 mg/5ml</i>	\$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
<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 oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
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-dm-gg oral liquid 10-18-200 mg/15ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>phenylephrine-dm-gg oral tablet 10-17.5-385 mg</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 vc/codeine oral syrup 6.25-5-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral solution 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-codeine oral syrup 6.25-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>promethazine-dm oral syrup 6.25-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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 cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin dm cough/congestion oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tussin mucus/congestion 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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ROBAFEN DM ORAL LIQUID 20-200 MG/20ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBAFEN MUCUS/CHEST CONGESTION ORAL LIQUID 200 MG/10ML	\$0 (Nível 3)	DP
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH ORAL SUSPENSION EXTENDED RELEASE 30 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rynex pse oral liquid 1-15 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb allergy relief/nasal decong oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siltussin sa oral liquid 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>siltussin-dm alcohol free oral syrup 100-10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sinus 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 lorata-dine d oral tablet extended release 24 hour 10-240 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief max strength oral tablet extended release 12 hour 1200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm mucus relief oral tablet extended release 12 hour 600 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant max st oral tablet 30 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal decongestant pe oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray 12 hour nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray moisturizing nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nasal spray sinus nasal solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm nose drops nasal decongest nasal solution 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm tussin cough/chest congest oral liquid 20-200 mg/10ml, 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sudogest 12 hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST MAXIMUM STRENGTH ORAL TABLET 30 MG	\$0 (Nível 3)	DP
SUDOGEST ORAL TABLET 30 MG, 60 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>suphedrine 12hour oral tablet extended release 12 hour 120 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL C ORAL SYRUP 30-10-100 MG/5ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tusnel diabetic oral liquid 10-100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
TUSNEL 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 max adult oral liquid 5-100 mg/5ml</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
<i>tussin multi-symptom cold cf oral liquid 5-10-100 mg/5ml</i>	\$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)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>carbamazepine er oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 200 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral suspension 100 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbamazepine oral tablet chewable 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clobazam oral suspension 2.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>clobazam oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clonazepam oral tablet dispersible 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (300 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clorazepate dipotassium oral tablet 15 mg, 3.75 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
DIACOMIT ORAL CAPSULE 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL CAPSULE 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 cápsulas a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 250 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIACOMIT ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
DIAZEPAM INTENSOL ORAL CONCENTRATE 5 MG/ML	\$0 (Nível 1)	PA; QL (240ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>diazepam oral tablet 10 mg, 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>diazepam rectal gel 10 mg, 2.5 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
DILANTIN INFATABS ORAL TABLET CHEWABLE 50 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL CAPSULE 100 MG, 30 MG	\$0 (Nível 2)	
DILANTIN ORAL SUSPENSION 125 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	
<i>divalproex sodium er oral tablet extended release 24 hour 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral capsule delayed release sprinkle 125 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>divalproex sodium oral tablet delayed release 125 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
EPIDIOLEX ORAL SOLUTION 100 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (600ml a cada 30 dias); NDS
EPITOL ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 1)	
EPRONTIA ORAL SOLUTION 25 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (480ml a cada 30 dias)
<i>ethosuximide oral capsule 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ethosuximide oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>felbamate oral suspension 600 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>felbamate oral tablet 400 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FINTEPLA ORAL SOLUTION 2.2 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (360ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL SUSPENSION 0.5 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (720ml a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 10 MG, 12 MG, 4 MG, 6 MG, 8 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
FYCOMPA ORAL TABLET 2 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral capsule 100 mg, 300 mg, 400 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 cápsulas a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral solution 250 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (2160ml a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>gabapentin oral tablet 800 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral solution 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1200ml a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lacosamide oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>lamotrigine er oral tablet extended release 24 hour 100 mg, 200 mg, 25 mg, 250 mg, 300 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamotrigine oral tablet 100 mg, 150 mg, 200 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>lamotrigine oral tablet chewable 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam er oral tablet extended release 24 hour 500 mg, 750 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>levetiracetam 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)	
<i>methsuximide oral capsule 300 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NAYZILAM NASAL SOLUTION 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>oxcarbazepine oral suspension 300 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>oxcarbazepine oral tablet 150 mg, 300 mg, 600 mg</i>	\$0 (Nível 1)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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, 200 mg, 300 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
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)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
VALTOCO 15 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 7.5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 20 MG DOSE NASAL LIQUID THERAPY PACK 10 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
VALTOCO 5 MG DOSE NASAL LIQUID 5 MG/0.1ML	\$0 (Nível 2)	
<i>vigabatrin oral packet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
<i>vigabatrin oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 pacotes a cada 30 dias); NDS
VIGADRONE ORAL TABLET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias); NDS
VIGPODER ORAL PACKET 500 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; 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
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 12.5 MG & 14 X 25 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias)
XCOPRI ORAL TABLET THERAPY PACK 14 X 150 MG & 14 X 200 MG, 14 X 50 MG & 14 X 100 MG	\$0 (Nível 2)	QL (28 comprimidos a cada 28 dias); NDS
ZONISADE ORAL SUSPENSION 100 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias); NDS
<i>zonisamide oral capsule 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
ZTALMY ORAL SUSPENSION 50 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (1100ml a cada 30 dias); NDS
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>carbidopa-levodopa er oral tablet extended release 25-100 mg, 50-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa oral tablet dispersible 10-100 mg, 25-100 mg, 25-250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>carbidopa-levodopa-entacapone oral tablet 12.5-50-200 mg, 18.75-75-200 mg, 25-100-200 mg, 31.25-125-200 mg, 37.5-150-200 mg, 50-200-200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>entacapone oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
INBRIJA INHALATION CAPSULE 42 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (300 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NEUPRO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 1 MG/24HR, 2 MG/24HR, 3 MG/24HR, 4 MG/24HR, 6 MG/24HR, 8 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	
<i>pramipexole dihydrochloride oral tablet 0.125 mg, 0.25 mg, 0.5 mg, 0.75 mg, 1 mg, 1.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>rasagiline mesylate oral tablet 0.5 mg, 1 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>ropinirole hcl oral tablet 0.25 mg, 0.5 mg, 1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral capsule 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>selegiline hcl oral tablet 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trihexyphenidyl hcl oral solution 0.4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA
<i>trihexyphenidyl hcl oral tablet 2 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
Agentes De Terapia Musculoesquelética		
<i>baclofen oral tablet 10 mg, 20 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>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)
<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)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>memantine hcl oral tablet 28 x 5 mg & 21 x 10 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA
NAMZARIC ORAL CAPSULE ER 24 HOUR THERAPY PACK 7 & 14 & 21 & 28 -10 MG	\$0 (Nível 2)	
NAMZARIC ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 14-10 MG, 21-10 MG, 28-10 MG, 7-10 MG	\$0 (Nível 2)	
<i>rivastigmine tartrate oral capsule 1.5 mg, 3 mg, 4.5 mg, 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>rivastigmine transdermal patch 24 hour 13.3 mg/24hr, 4.6 mg/24hr, 9.5 mg/24hr</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 pensos a cada 30 dias)
Antidepressivos		
<i>amitriptyline hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>amoxapine oral tablet 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
AUVELITY ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 45-105 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (sr) oral tablet extended release 12 hour 100 mg, 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>doxepin hcl oral capsule 10 mg, 100 mg, 150 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>doxepin hcl oral concentrate 10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	
DRIZALMA SPRINKLE ORAL CAPSULE DELAYED RELEASE SPRINKLE 20 MG, 30 MG, 40 MG, 60 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>duloxetine hcl oral capsule delayed release particles 20 mg, 30 mg, 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
EMSAM TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 12 MG/24HR, 6 MG/24HR, 9 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 pensos a cada 30 dias); NDS
<i>escitalopram oxalate oral solution 5 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>escitalopram oxalate oral tablet 10 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
FETZIMA ORAL CAPSULE EXTENDED RELEASE 24 HOUR 120 MG, 80 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias)
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)	
<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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>nortriptyline hcl oral capsule 10 mg, 25 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>nortriptyline hcl oral solution 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>paroxetine hcl oral suspension 10 mg/5ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (900ml a cada 30 dias)
<i>paroxetine hcl oral tablet 10 mg, 20 mg, 30 mg, 40 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>phenelzine sulfate oral tablet 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>protriptyline hcl oral tablet 10 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>sertraline hcl oral concentrate 20 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>sertraline hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tranylcypromine sulfate oral tablet 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trazodone hcl oral tablet 100 mg, 150 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>trimipramine maleate oral capsule 100 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (60 cápsulas a cada 30 dias)
<i>trimipramine maleate oral capsule 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 2)	QL (120 cápsulas a cada 30 dias)
TRINTELLIX ORAL TABLET 10 MG, 20 MG, 5 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>venlafaxine hcl er oral capsule extended release 24 hour 150 mg, 37.5 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>venlafaxine hcl oral tablet 100 mg, 25 mg, 37.5 mg, 50 mg, 75 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<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; LA; QL (28 cápsulas a cada 14 dias); NDS
ZURZUVAE ORAL CAPSULE 30 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (14 cápsulas a cada 14 dias); NDS
Antipsicóticos		
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
ABILIFY MAINTENA INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED ER 300 MG, 400 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 injeção a cada 28 dias); NDS
<i>aripiprazole oral solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	QL (900ml a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet 10 mg, 15 mg, 2 mg, 20 mg, 30 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>aripiprazole oral tablet dispersible 10 mg, 15 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
ARISTADA INITIO INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 675 MG/2.4ML	\$0 (Nível 2)	NDS
ARISTADA INTRAMUSCULAR PREFILLED SYRINGE 1064 MG/3.9ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 56 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 441 MG/1.6ML, 662 MG/2.4ML, 882 MG/3.2ML	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 28 dias); NDS
<i>asenapine maleate sublingual tablet sublingual 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
CAPLYTA ORAL CAPSULE 10.5 MG, 21 MG, 42 MG	\$0 (Nível 2)	QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
<i>chlorpromazine hcl injection solution 25 mg/ml, 50 mg/2ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral concentrate 100 mg/ml, 30 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>chlorpromazine hcl oral tablet 10 mg, 100 mg, 200 mg, 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet 25 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>clozapine oral tablet dispersible 100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (270 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 12.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA
<i>clozapine oral tablet dispersible 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (180 comprimidos a cada 30 dias)
<i>clozapine oral tablet dispersible 200 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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)
<i>molindone hcl oral tablet 10 mg, 25 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
NUPLAZID ORAL CAPSULE 34 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 cápsulas a cada 30 dias); NDS
NUPLAZID ORAL TABLET 10 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>olanzapine intramuscular solution reconstituted 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (3 ampolas a cada 1 dia)
<i>olanzapine oral tablet 10 mg, 2.5 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet 15 mg, 20 mg, 7.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 10 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>olanzapine oral tablet dispersible 15 mg, 20 mg, 5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 1.5 mg, 3 mg, 9 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>paliperidone er oral tablet extended release 24 hour 6 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>perphenazine oral tablet 16 mg, 2 mg, 4 mg, 8 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
PERSERIS SUBCUTANEOUS PREFILLED SYRINGE 120 MG, 90 MG	\$0 (Nível 2)	QL (1 seringa a cada 30 dias); NDS
<i>pimozide oral tablet 1 mg, 2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 150 mg, 200 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>quetiapine fumarate er oral tablet extended release 24 hour 300 mg, 400 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 1 mg, 2 mg, 3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>risperidone oral tablet dispersible 4 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 comprimidos a cada 30 dias)
SECUADO TRANSDERMAL PATCH 24 HOUR 3.8 MG/24HR, 5.7 MG/24HR, 7.6 MG/24HR	\$0 (Nível 2)	QL (30 pensos a cada 30 dias); 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)
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 210 MG, 300 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (2 frascos a cada 28 dias); NDS
ZYPREXA RELPREVV INTRAMUSCULAR SUSPENSION RECONSTITUTED 405 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 ampola a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Diversos		
AUSTEDO ORAL TABLET 12 MG, 9 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO ORAL TABLET 6 MG	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 12 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 24 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias); NDS
AUSTEDO XR ORAL TABLET EXTENDED RELEASE 24 HOUR 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 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)
<i>pyridostigmine bromide oral tablet 60 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>riluzole oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>tetrabenazine oral tablet 12.5 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias); NDS
<i>tetrabenazine oral tablet 25 mg</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (120 comprimidos a cada 30 dias); NDS
Enxaqueca		
AIMOVIG SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 140 MG/ML, 70 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (1 caneta a cada 30 dias)
<i>dihydroergotamine mesylate injection solution 1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	NDS
<i>dihydroergotamine mesylate nasal solution 4 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (8ml a cada 30 dias); NDS
<i>ergotamine-caffeine oral tablet 1-100 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (40 comprimidos a cada 28 dias)
<i>naratriptan hcl oral tablet 1 mg, 2.5 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (12 comprimidos a cada 30 dias)
NURTEC ORAL TABLET DISPERSIBLE 75 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (16 comprimidos a cada 30 dias)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)
<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; LA; QL (120 cápsulas a cada 30 dias); NDS
BETASERON SUBCUTANEOUS KIT 0.3 MG	\$0 (Nível 2)	PA; QL (14 seringas a cada 28 dias); NDS

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<i>glatiramer acetate subcutaneous solution prefilled syringe 40 mg/ml</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 20 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (30 seringas a cada 30 dias); NDS
GLATOPA SUBCUTANEOUS SOLUTION PREFILLED SYRINGE 40 MG/ML	\$0 (Nível 2)	PA; QL (12 seringas a cada 28 dias); NDS
KESIMPTA SUBCUTANEOUS SOLUTION AUTO-INJECTOR 20 MG/0.4ML	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (16 canetas a cada ano); NDS
Narcolepsia/Cataplexia		
<i>armodafinil oral tablet 150 mg, 200 mg, 250 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (30 comprimidos a cada 30 dias)
<i>armodafinil oral tablet 50 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA; QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>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; LA; QL (540ml a cada 30 dias); NDS
Non-Frf		
BRIVIACT INTRAVENOUS SOLUTION 50 MG/5ML	\$0 (Nível 2)	PA
<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 injection solution 50 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>valproate sodium intravenous solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 1)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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)	PA; QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 12-3 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual film 2-0.5 mg, 4-1 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 películas a cada 30 dias)
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl sublingual tablet sublingual 2-0.5 mg, 8-2 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90 comprimidos a cada 30 dias)
<i>bupropion hcl er (smoking det) oral tablet extended release 12 hour 150 mg</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 comprimidos a cada 30 dias)
<i>disulfiram oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>gnp nicotine mini mouth/throat lozenge 2 mg, 4 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp nicotine mouth/throat gum 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>hm nicotine transdermal patch 24 hour 21 mg/24hr, 7 mg/24hr</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 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	\$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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LENDAS

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

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>coenzyme q10 oral capsule 100 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, 30 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>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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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 5%/electrolyte #48 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 2)	
<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)	
ISOLYTE-S INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
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 gm/100ml-%</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate injection solution 50 %, 50 % (10ml syringe)</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>magnesium sulfate intravenous solution 2 gm/50ml, 20 gm/500ml, 4 gm/100ml, 4 gm/50ml, 40 gm/1000ml</i>	\$0 (Nível 2)	
<i>multiple electro type 1 ph 5.5 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>multiple electro type 1 ph 7.4 intravenous solution</i>	\$0 (Nível 1)	
PLASMA-LYTE 148 INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	
PLASMA-LYTE A INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 2)	

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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
Minerais		
<i>600+d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$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 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
<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, 600-10 mg-mcg, 600-20 mg-mcg, 600-5 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>calcium 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+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
<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-mint oral tablet chewable 260 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
CALTRATE 600+D3 SOFT 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 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
<i>eq calcium citrate/vitamin d oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium citrate/vitamin d3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq calcium/vitamin d3 oral tablet 600-20 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fluoritab oral solution 0.275 (0.125 f) mg/drop</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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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, 500 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</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet 400 (240 mg) mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement oral tablet chewable 200 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>magnesium oxide -mg supplement tablet 250 mg oral</i>	\$0 (Nível 3)	DP
MAGNESIUM-OXIDE ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAGOX 400 ORAL TABLET 400 (240 MG) MG	\$0 (Nível 3)	DP
MAG-OXIDE ORAL TABLET 200 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>manganese chloride intravenous solution 0.1 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>mgo oral tablet 400 (240 mg) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NU-MAG ORAL TABLET DELAYED RELEASE 71.5-119 MG	\$0 (Nível 3)	DP
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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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</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>px calcium&d oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc calcium fast dissolution oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600 oral tablet 1500 (600 ca) mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 600/vitamin d-3 oral tablet 600-10 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium cit plus vit d-3 oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra calcium 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm calcium 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+vit d3 max oral tablet 315-6.25 mg-mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calcium/vitamin d oral tablet 500-5 mg-mcg, 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
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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
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 select oral tablet chewable</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>acerola c-500 oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ACTIVNUTRIENTS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adclf (0.5mg/ml) oral solution 0.5 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ADEK GUMMIES PLUS ZN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>adult one daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ADVANCED MULTI EA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
AIRBORNE KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+GOOD REST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+NATURAL ENERGY ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
AIRBORNE+PROBIOTIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE HAIR, SKIN & NAILS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
ALIVE MULTI-VITAMIN ORAL LIQUID	\$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 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 oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-oxidant oral tablet</i>	\$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
<i>b complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex vitamins oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b complex-c-folic acid oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-1 oral tablet 100 mg, 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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>b6 natural oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-6 oral tablet 100 mg, 250 mg, 50 mg</i>	\$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
<i>balance b-50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bariatric multivitaminsliron oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex (folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex balanced oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex/b-12 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex-c (w/folic acid) oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>b-complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>better b complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BIO-35 GLUTEN-FREE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>biocal oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
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
<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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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
<i>c-chewable oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FLAVOR BURST KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM FRESH/FRUITY ADULT ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM KIDS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM ORAL LIQUID	\$0 (Nível 3)	DP
CENTRUM SILVER ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
CEROVITE JR ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$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
<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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>cvx b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx b6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx biotin high potency oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx biotin oral capsule 10 mg, 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx chewable c with rose hips oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx chewable childrens vitamin oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx childrens complete oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx 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>cvx daily gummies adult oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx e oral capsule 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx eye health adult 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx folic acid oral tablet 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx gummy dinos oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx gummy multivitamin kids oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx mens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx spectravite adult 50+ oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx super b complex/c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b12 oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin b-12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin c oral tablet 1000 mg, 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin c-rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin d3 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cvx womens daily gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>cyanocobalamin injection solution 1000 mcg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 1000 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 10000 oral capsule 250 mcg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>d 5000 oral capsule 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
<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
<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 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
DIALYVITE 3000 ORAL TABLET 3 MG	\$0 (Nível 3)	DP

LENDIA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIALYVITE 5000 ORAL TABLET 5 MG	\$0 (Nível 3)	DP
DIALYVITE 800 ORAL TABLET 0.8 MG	\$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
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 multivitamin child oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq multivitamin gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b complex 50 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 b-6 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 child multivitamin/minerals oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 vitamin c oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq1 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>eq1 vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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
ESTER-C ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye multivitamin oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eye multivitamin/lutein oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fabb oral tablet 2.2-25-1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE , 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES BONE BUILD ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES COMPLETE ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES GUMMIES-IMMUNITY ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES PLUS CALCIUM ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES SOUR GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES W/IRON ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FLINTSTONES/MY FIRST ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
FLORIVA PLUS ORAL SOLUTION 0.25 MG/ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folagent dha oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folamed dha oral capsule</i>	\$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
<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
<i>folite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
FOLIXAPURE ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
<i>folplex 2.2 oral tablet 2.2-25-0.5 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
FOLTABS 800 ORAL TABLET 800-10-115 MCG-MG-MCG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTANX ORAL TABLET 3-35-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTRATE ORAL TABLET 500-1 MCG-MG	\$0 (Nível 3)	DP
FOLTREXYL ORAL TABLET 1-5000 MG-UNIT	\$0 (Nível 3)	DP
<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>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
<i>gnp folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp little ones childrens oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp prenatal oral tablet 28-0.8 mg</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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>gnp vitamin 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 d-400 oral tablet 10 mcg (400 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp vitamin e oral capsule 400 unit, 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GUMMI BEAR MULTIVITAMIN/MIN ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair skin nails oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hair/skin/nails oral capsule</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 multivitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin b-12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm vitamin c oral tablet chewable 500 mg</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
ICAPS LUTEIN & OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN ORAL TABLET DELAYED RELEASE	\$0 (Nível 3)	DP
ICAPS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>immune support oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
IMMUNERX ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE ADULT INTRAVENOUS INJECTABLE	\$0 (Nível 3)	DP
INFUVITE PEDIATRIC INTRAVENOUS SOLUTION	\$0 (Nível 3)	DP
IS-D 10,000 ORAL CAPSULE 250 MCG (10000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
<i>just 4 kidz multivit/probiotic oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kobee oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>kp b complex-c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>kp folic acid oral tablet 800 mcg</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
<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>l-methylfolate calcium oral tablet 15 mg, 7.5 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
MAXIMUM D3 ORAL CAPSULE 325 MCG (13000 UT)	\$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 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 PLUS ORAL TABLET 6-2-600 MG	\$0 (Nível 3)	DP
MOOD FOOD ES ORAL CAPSULE	\$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 for her 50+ oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi for her oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi vitamin w/d-3 oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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>multipro oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vit/iron/fluoride oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin & mineral oral liquid</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens (w/ fa) oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>multivitamin childrens gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multivitamin childrens oral tablet chewable</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 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/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/fluoride/iron oral solution 0.25-10 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>multi-vitamin/iron 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
NASCOBAL NASAL SOLUTION 500 MCG/0.1ML	\$0 (Nível 3)	DP
<i>natural c/rose hips oral tablet 1000 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>natural vitamin d-3 oral tablet 125 mcg (5000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NEPHPLEX RX ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>nephro vitamins oral tablet 0.8 mg</i>	\$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
NIVA-FOL ORAL TABLET 2.5-25-2 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>norwegian cod liver oil oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT 50+ ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE ADULT FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE EYE HEALTH GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OCUVITE-LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>omnicap oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
ONE DAILY ESSENTIAL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin adult oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>one daily multivitamin/liron oral tablet</i>	\$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 MENS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ONE-A-DAY MENS VITACRAVES ORAL TABLET CHEWABLE	\$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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
ONE-A-DAY VITACRAVES+OMEGA-3 ORAL TABLET CHEWABLE	\$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-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
OPTIFAST POST BARIATRIC ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPTIMAL D3 M ORAL CAPSULE 350 MCG (14000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
OPTISOURCE POST BARIATRIC SURG ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
OPURITY BYPASS OPTIMIZED ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pan-c 500/bioflavonoids oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
<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
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

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
PRESERVISION AREDS 2 ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS 2 ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION AREDS ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRESERVISION/LUTEIN ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
PRORENAL + D W/ OMEGA-3 ORAL CAPSULE	\$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>px b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
PX CHILDRENS VITAMIN ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>px vitamin e oral capsule 400 unit</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>pyridoxine hcl oral tablet 25 mg, 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 multivitamins/iron 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 GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 0.125 MG	\$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>quintabs 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
<i>ra folic acid oral tablet 400 mcg, 800 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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 vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-1 oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 oral tablet 100 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b12 oral tablet extended release 2000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-12 tr oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin b-6 oral tablet 100 mg, 50 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c cr oral tablet extended release 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet 250 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c oral tablet chewable 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin c/rose hips oral tablet 1000 mg, 500 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral capsule 125 mcg (5000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamin d-3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ra vitamins complete childrens oral tablet chewable 18 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RADIANCE PLATINUM VITAMIN D3 ORAL TABLET 125 MCG (5000 UT)	\$0 (Nível 3)	DP
RENAL ORAL CAPSULE 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>renal vitamin oral tablet 0.8 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>rena-vite oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb vitamin c oral tablet 500 mg</i>	\$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 b super vitamin complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm b100 complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm balanced b-50 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 folic acid oral tablet 400 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins essential oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm multiple vitamins/liron oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm niacin cr oral tablet extended release 250 mg</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, 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin d3 oral tablet 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm vitamin e oral capsule 450 mg (1000 ut), 90 mg (200 unit)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>span c oral tablet</i>	\$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 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 b complex/fa/vit c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b complex/vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex + vitamin c oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super b-complex/vit c/fa oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super biotin oral capsule 5000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>super daily d3 oral liquid 25 mcg /0.028ml, 50 mcg /0.028ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SUPER QUINTS B-50 ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sv vitamin b-12 er oral tablet extended release 1000 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
SYSTANE ICAPS AREDS2 ORAL CAPSULE	\$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-vitel/iron 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
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
THERAMILL FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thera-tabs oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
THEREMS ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine hcl injection solution 100 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine hcl oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>thiamine mononitrate oral tablet 100 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
UDAMIN SP ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN KIDS ORAL TABLET CHEWABLE 18 MG	\$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)	DP
VENEXA ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VIC-FORTE ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>virt-caps oral capsule 1 mg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VIRT-GARD ORAL TABLET 2.2-25-1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vision health oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED AREDS2 FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP
VISTA ADVANCED DRY EYE FORMULA ORAL CAPSULE	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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>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
VITAJEY DAILY C GUMMIES ORAL TABLET CHEWABLE 125 MG	\$0 (Nível 3)	DP
VITAL-D RX ORAL TABLET 1 MG	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitalee oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITALETS CHILDRENS ORAL TABLET CHEWABLE	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin a oral capsule 3 mg (10000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b + c complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b 12 oral tablet 500 mcg</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin b complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin 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 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
<i>vitamin c er oral tablet extended release 1500 mg, 500 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

LEENDA

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

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>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)</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
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 10 mcg (400 unit), 125 mcg (5000 ut), 25 mcg (1000 ut), 250 mcg (10000 ut), 50 mcg (2000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d-3 oral capsule 25 mcg (1000 ut)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamin d3 oral liquid 10 mcg/ml, 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
<i>vitamin e blend oral capsule 400 unit</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>vitamin-b complex oral tablet</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDA

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>vitamins acid-fluoride oral solution 0.25 mg/ml</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitamins for hair oral capsule</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vitatrum oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITRANOL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE FE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXATE ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL + IRON ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
VITREXYL ORAL TABLET	\$0 (Nível 3)	DP
<i>vp-vite rx oral tablet 1 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 multi gummies oral tablet chewable</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>womens multi oral capsule</i>	\$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
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)	

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
Antifúngicos		
<i>antifungal (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>anti-fungal external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antifungal external powder 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot (clotrimazole) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot (terbinafine) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>athletes foot powder spray external aerosol powder 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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 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 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)
DESENEX EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
FUNGOID TINCTURE EXTERNAL SOLUTION 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp terbinafine hydrochloride external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ketoconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
KLAYESTA EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>miconazole nitrate external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
NYAMYC EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external cream 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external ointment 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
<i>nystatin external powder 100000 unit/gm</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
NYSTOP EXTERNAL POWDER 100000 UNIT/GM	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>qc antifungal (tolnaftate) external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LENDÁ

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>sm antifungal clotrimazole external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal miconazole external cream 2 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm antifungal tolnaftate external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm athletes foot external cream 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>terbinafine hcl 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
ZEASORB-AF EXTERNAL POWDER 2 %	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Acne		
ACCUTANE ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 30 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
<i>adapalene external gel 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AMNESTEEM ORAL CAPSULE 10 MG, 20 MG, 40 MG	\$0 (Nível 1)	PA
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 %, 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
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)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 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)
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>hm bacitracin zinc external ointment 500 unit/gm</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic external ointment 3.5-400-5000</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm triple antibiotic max st external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>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
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</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic plus external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>triple antibiotic+pain relief external ointment 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
Dermatologia, Antipsoriáticos		
<i>acitretin oral capsule 10 mg, 17.5 mg, 25 mg</i>	\$0 (Nível 1)	PA

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

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

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<i>fluocinolone acetonide external solution 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (90ml a cada 30 dias)
<i>fluocinolone acetonide scalp external oil 0.01 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (118,28ml a cada 30 dias)
<i>fluocinonide emulsified base external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (120 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external gel 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
<i>fluocinonide external solution 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60ml a cada 30 dias)
<i>fluticasone propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>fluticasone propionate external ointment 0.005 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>halobetasol propionate external cream 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>halobetasol propionate external ointment 0.05 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (50 gramas a cada 30 dias)
<i>hydrocortisone external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone external lotion 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>hydrocortisone external ointment 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external ointment 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>mometasone furoate external solution 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>triamcinolone acetonide external cream 0.025 %, 0.1 %, 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)	
Dermatologia, Escabicidas E Pediculidas		
<i>cvs lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp lice treatment external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing external shampoo 0.33-4 %, 4-0.33 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice killing maximum strength external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lice treatment creme rinse external liquid 1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>malathion external lotion 0.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)
<i>permethrin external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (60 gramas a cada 30 dias)
RID LICE KILLING SHAMPOO EXTERNAL SHAMPOO 0.33-4 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sb lice killing max st external shampoo 0.33-4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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 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
<i>ammonium lactate cream 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (otc)</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>ammonium lactate lotion 12 % external (rx)</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
AQUA GLYCOLIC FACE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>arthritis pain relieving external cream 0.075 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BANOPHEN EXTERNAL CREAM 2-0.1 %	\$0 (Nível 3)	DP
BASLE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>benzoin external tincture</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>beta care external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
BETA XMA EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>bexarotene external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 2)	PA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
<i>calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>calamine-zinc oxide external lotion 8-8 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CALMOSEPTINE EXTERNAL OINTMENT 0.44-20.6 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin external cream 0.025 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>capsaicin pain relief external cream 0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CERAVE SA ROUGH & BUMPY SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL MOISTURIZING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CETAPHIL THERAPEUTIC HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
CLORPACTIN POWDER 2 GM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>coconut oil beauty external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DERMABASE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DIABETIDERM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
DIABETIDERM FOOT REJUVENATING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>diclofenac sodium external gel 1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (1000 gramas a cada 30 dias)
<i>diphenhydramine-zinc acetate external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
DML FORTE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
DYNA-HEX 4 EXTERNAL SOLUTION 4 %	\$0 (Nível 3)	DP
EMOLLIA-CREME EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>eq therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN ADVANCED REPAIR HAND EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN CALMING DAILY MOIST EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN PLUS EXTERNAL CREAM 2.5-10 %	\$0 (Nível 3)	DP
EUCERIN SKIN CALMING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>first aid antiseptic external ointment 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>fluorouracil external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (40 gramas a cada 30 dias)
<i>fluorouracil external solution 2 %, 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (10ml a cada 30 dias)
<i>gnp anti-itch external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
GOLD BOND ULTIMATE HEALING EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm antiseptic skin cleanser external solution 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hm lidocaine patch external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
HYDRASYN25 EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>hydrocortisone (perianal) external cream 1 %, 2.5 %</i>	\$0 (Nível 1)	
<i>imiquimod external cream 5 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (24 pacotes a cada 30 dias)
<i>itch relief extra strength external cream 2-0.1 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
KERADAN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
KERR TRIPLE DYE SWABS EXTERNAL SWAB	\$0 (Nível 3)	DP
LAC-HYDRIN FIVE EXTERNAL LOTION 5 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>leader finger cream external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relief external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>lidocaine pain relieving external patch 4 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>metronidazole external cream 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external gel 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (45 gramas a cada 30 dias)
<i>metronidazole external lotion 0.75 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (59ml a cada 30 dias)

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento da Parte D

NOME DO MEDICAMENTO	QUANTO O MEDICAMENTO IRÁ CUSTAR A SI (NÍVEL DE ESCALÃO)	AÇÕES NECESSÁRIAS RESTRIÇÕES OU LIMITES DE USO
<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>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 calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>qc povidone iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
RECTIV RECTAL OINTMENT 0.4 %	\$0 (Nível 2)	QL (30 gramas a cada 30 dias)
RISABAL-PH EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<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 calamine external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm calamine phenolated external lotion</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm povidone-iodine external solution 10 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
SORBOLENE EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
<i>tacrolimus external ointment 0.03 %, 0.1 %</i>	\$0 (Nível 1)	QL (100 gramas a cada 30 dias)
<i>therapeutic moisturizing external cream</i>	\$0 (Nível 3)	DP
VALCHLOR EXTERNAL GEL 0.016 %	\$0 (Nível 2)	PA; LA; QL (60 gramas a cada 30 dias); NDS
VANICREAM EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
VELVACHOL EXTERNAL CREAM	\$0 (Nível 3)	DP
XERAC AC EXTERNAL SOLUTION 6.25 %	\$0 (Nível 3)	DP
<i>zinc oxide external ointment 20 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

Parte B contra Parte D LA = Acesso Limitado NDS = Fornecimento de Dia Não Prolongado DP = Não é um medicamento 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)		
<i>ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>gnp earwax removal kit otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP
<i>sm ear drops otic solution 6.5 %</i>	\$0 (Nível 3)	DP

LEND A

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

D. Índice de Medicamentos Cobertos

12 hour decongestant.....	105	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief childrens.....	99
12 hour nasal decongestant.....	105	LARGE.....	102	allergy relief d.....	105
12 hour nasal spray.....	105	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief d-12.....	105
1st base.....	59	MEDIUM.....	102	allergy relief d-24.....	106
24hr allergy relief.....	98	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allergy relief/nasal decongest.....	106
3 day vaginal.....	86	SMALL.....	102	allergy/congestion relief.....	106
50+ adult eye health.....	139	AEROCHAMBER PLUS FLO-VU		allopurinol.....	39
600+d3.....	133	W/MASK.....	102	ALMACONE DOUBLE STRENGTH	78
8 hr arthritis pain relief.....	36	AEROCHAMBER PLUS FLOW VU		alosetron hcl.....	81
a thru z select.....	139		102	alprazolam.....	117
a-10000.....	139	AEROCHAMBER		ALREX.....	95
a-25.....	139	W/FLOWSIGNAL.....	102	ALTavera.....	66
abacavir sulfate.....	40	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS.....	102	aluminum hydroxide gel.....	78
abacavir sulfate-lamivudine.....	42	AEROCHAMBER Z-STAT PLUS		ALUNBRIG.....	14
ABELCET.....	43	CHAMBR.....	102	ALVAIZ.....	89
ABILIFY MAINTENA.....	120	AEROCHAMBER Z-STAT		ALVESCO.....	105
abiraterone acetate.....	23	PLUS/LARGE.....	102	alyacen 1/35.....	66
ABRYSVO.....	31	AEROCHAMBER Z-STAT		alyacen 7/7/7.....	66
acamprosate calcium.....	127	PLUS/MEDIUM.....	102	ALYGLO.....	29
acarbose.....	62	AEROCHAMBER Z-STAT		amantadine hcl.....	116
ACCUTANE.....	161	PLUS/SMALL.....	102	ambrisentan.....	58
acebutolol hcl.....	54	AEROVENT PLUS.....	102	AMETHIA.....	67
acerola c-500.....	139	AFIRMELLE.....	66	amikacin sulfate.....	44
acetaminophen.....	37	AIMOVIG.....	124	amiloride hcl.....	57
acetaminophen childrens.....	36	aimsco lubricated.....	66	amiloride-hydrochlorothiazide.....	57
acetaminophen er.....	36	AIRBORNE.....	140	amiodarone hcl.....	52
acetaminophen extra strength.....	36	AIRBORNE GUMMIES.....	139	amitriptyline hcl.....	118
acetaminophen infants.....	37	AIRBORNE KIDS.....	140	AMLADEX.....	140
acetaminophen-codeine.....	35	AIRBORNE+GOOD REST.....	140	amlodipine besy-benazepril hcl.....	57
acetazolamide.....	57	AIRBORNE+NATURAL ENERGY.....	140	amlodipine besylate.....	55
acetazolamide er.....	57	AIRBORNE+PROBIOTIC.....	140	amlodipine besylate-valsartan.....	56
acetic acid.....	88, 97	AKEEGA.....	23	amlodipine-olmesartan.....	56
acetylcysteine.....	102	ala-cort.....	163	ammonium lactate.....	165
acitretin.....	162	albendazole.....	43	AMNESTEEM.....	161
ACTHIB.....	31	albuterol sulfate.....	98	amoxapine.....	118
ACTIMMUNE.....	29	albuterol sulfate hfa.....	98	amoxicillin.....	50
active fe.....	90	alclometasone dipropionate.....	163	amoxicillin-pot clavulanate.....	50, 51
ACTIVNUTRIENTS.....	139	ALCON TEARS.....	96	amoxicillin-pot clavulanate er.....	50
acyclovir.....	46, 47	ALDURAZyme.....	73	amphetamine-dextroamphet er.....	128
acyclovir sodium.....	47	ALECENSA.....	14	amphetamine-dextroamphetamine.....	128
ADACEL.....	31	alendronate sodium.....	77	amphotericin b.....	43
adalimumab-aacf (2 pen).....	26	alfuzosin hcl er.....	88	amphotericin b liposome.....	43
adapalene.....	161	aliskiren fumarate.....	57	ampicillin.....	51
adcf (0.5mg/ml).....	139	ALIVE HAIR, SKIN & NAILS.....	140	ampicillin sodium.....	51
adefovir dipivoxil.....	47	ALIVE MULTI-VITAMIN.....	140	ampicillin-sulbactam sodium.....	51
ADEK GUMMIES PLUS ZN.....	139	ALIVE WOMENS 50+.....	140	anagrelide hcl.....	89
ADEMPAS.....	58	ALIVE WOMENS 50+ GUMMY.....	140	anastrozole.....	23
ADIPEX-P.....	77	ALIVE WOMENS GUMMY.....	140	ANORO ELLIPTA.....	101
ADMELOG.....	65	all day allergy.....	98	antacid.....	78
ADMELOG SOLOSTAR.....	65	all day allergy childrens.....	98	antacid calcium.....	78
adult aspirin regimen.....	37	all day allergy d.....	105	antacid maximum strength.....	78
adult one daily gummies.....	139	ALLBEE/C.....	140	antacid regular strength.....	78
ADVAIR HFA.....	101	all-day allergy childrens.....	99	antacid/antigas.....	78
ADVANCED MULTI EA.....	139	aller-chlor.....	99	anti-diarrheal.....	79
ADVANTAGE CARE		allergy.....	99	antifungal.....	160
ELECTROLYTE PED.....	132	allergy 24-hr.....	99	anti-fungal.....	160
AEROCHAMBER MINI CHAMBER.....	102	allergy childrens.....	99	antifungal (clotrimazole).....	160
AEROCHAMBER MV.....	102	allergy rel child (loratadine).....	99	antifungal (tolnaftate).....	160
AEROCHAMBER PLUS FLO-VU.....	102	allergy relief.....	99	antifungal clotrimazole.....	160

<i>anti-itch</i>	165	AUROVELA FE 1/20.....	67	<i>benzonatate</i>	106
<i>antioxidant</i>	140	AUSTEDO.....	124	<i>benzoyl peroxide-erythromycin</i>	161
<i>anti-oxidant</i>	140	AUSTEDO XR.....	124	<i>benzphetamine hcl</i>	77
<i>antiseptic skin cleanser</i>	165	AUSTEDO XR PATIENT		<i>benztropine mesylate</i>	116
APPE-CURB.....	140	TITRATION.....	124	BERINERT.....	89
<i>aprepitant</i>	80	AUVELITY.....	118	BESIVANCE.....	94
APRI.....	67	AVIANE.....	67	BESREMI.....	25
APTIOM.....	112	AYUNA.....	67	<i>beta care</i>	165
APTIVUS.....	40	AYVAKIT.....	15	BETA XMA.....	165
AQUA GLYCOLIC FACE.....	165	<i>az cream</i>	59	<i>betaine</i>	73
AQUA-E.....	140	<i>azacitidine</i>	24	<i>betamethasone dipropionate</i>	163
<i>aquanaz</i>	106	<i>azathioprine</i>	30	<i>betamethasone dipropionate aug.</i> ..	163
AQUASOL A.....	140	<i>azelastine hcl</i>	93, 99	<i>betamethasone valerate</i>	163
<i>aqueous vitamin d</i>	140	<i>azithromycin</i>	49	BETASERON.....	125
ARALAST NP.....	102	<i>aztreonam</i>	44	<i>betaxolol hcl</i>	54, 93
ARANELLE.....	67	AZURETTE.....	67	<i>bethanechol chloride</i>	88
ARBEM H-COSMETIC.....	59	<i>b complex</i>	140	BETOPTIC-S.....	93
ARBEM LIOPEN.....	59	<i>b complex (folic acid)</i>	140	<i>better b complex</i>	141
ARCALYST.....	29	<i>b complex vitamins</i>	140	BEVESPI AEROSPHERE.....	101
AREXVY.....	31	<i>b complex-c</i>	140	<i>bexarotene</i>	25, 165
<i>aripiprazole</i>	120	<i>b complex-c-folic acid</i>	140	BEXSERO.....	31
ARISTADA.....	120, 121	<i>b-1</i>	140	<i>bicalutamide</i>	23
ARISTADA INITIO.....	120	<i>b-12</i>	140	BICILLIN L-A.....	51
<i>armodafinil</i>	126	<i>b-12 tr</i>	140	BIKTARVY.....	42
ARNUITY ELLIPTA.....	105	<i>b-6</i>	141	BINAXNOW COVID-19 AG HOME	
<i>arthritis pain relief</i>	37	<i>b6 natural</i>	141	TEST.....	44
<i>arthritis pain reliever</i>	37	<i>baby super daily d3</i>	141	BIO-35 GLUTEN-FREE.....	141
<i>arthritis pain relieving</i>	165	<i>baby vitamin d3</i>	141	<i>biocal</i>	141
<i>ascorbic acid</i>	140	<i>bacitracin</i>	94, 162	BIO-D-MULSION.....	141
<i>asenapine maleate</i>	121	<i>bacitracin zinc</i>	162	BIO-D-MULSION FORTE.....	141
ASHLYNA.....	67	<i>bacitracin zinc-aloe</i>	162	BIOLYTE.....	132
<i>aspirin</i>	37	<i>bacitracin-polymyxin b</i>	94	<i>biotin</i>	141
<i>aspirin 81</i>	37	<i>bacitra-neomycin-polymyxin-hc</i>	94	<i>biotin maximum strength</i>	141
<i>aspirin adult low dose</i>	37	<i>baclofen</i>	117	<i>bisacodyl</i>	83
<i>aspirin adult low strength</i>	37	BAFIERTAM.....	125	<i>bisacodyl ec</i>	83
<i>aspirin ec adult low dose</i>	37	<i>balance b-50</i>	141	<i>bismatrol</i>	79
<i>aspirin ec low strength</i>	37	<i>balsalazide disodium</i>	82	<i>bisoprolol fumarate</i>	54
<i>aspirin low dose</i>	37	BALVERSA.....	15	<i>bisoprolol-hydrochlorothiazide</i>	54
<i>aspirin regimen</i>	37	BALZIVA.....	67	BIVIGAM.....	29
<i>aspirin-dipyridamole er</i>	93	BANOPHEN.....	99, 165	BLISOVI 24 FE.....	67
ASSURE ID INSULIN SAFETY		BARACLUDE.....	47	BLISOVI FE 1.5/30.....	67
SYR.....	65	<i>bariatric multivitamins/iron</i>	141	<i>body/hair/skin/nails</i>	141
ASTAGRAF XL.....	30	BASAGLAR KWIKPEN.....	65	BOOSTRIX.....	31
<i>atazanavir sulfate</i>	40	BASE PCCA CLARIFYING.....	59	<i>bortezomib</i>	15
<i>atenolol</i>	54	BASLE.....	165	<i>bosentan</i>	58
<i>atenolol-chlorthalidone</i>	54	<i>baza antifungal</i>	160	BOSULIF.....	15
<i>athletes foot (clotrimazole)</i>	160	<i>bcg vaccine</i>	31	<i>bp vit 3</i>	141
<i>athletes foot (terbinafine)</i>	160	<i>b-complex (folic acid)</i>	141	BPROTECTED MULTI-VITE.....	141
<i>athletes foot powder spray</i>	160	<i>b-complex balanced</i>	141	BPROTECTED PEDIA D-VITE.....	141
<i>atomoxetine hcl</i>	128	<i>b-complex/b-12</i>	141	BPROTECTED PEDIA POLY-VITE	
<i>atorvastatin calcium</i>	54	<i>b-complex/vitamin c</i>	141		141
<i>atovaquone</i>	44	<i>b-complex-c</i>	141	BPROTECTED PEDIA POLY-	
<i>atovaquone-proguanil hcl</i>	46	<i>b-complex-c (w/folic acid)</i>	141	VITE/FE.....	141
<i>atropine sulfate</i>	96	<i>benazepril hcl</i>	58	BRAFTOVI.....	15
ATROVENT HFA.....	98	<i>benazepril-hydrochlorothiazide</i>	57	BREO ELLIPTA.....	101
AUBRA EQ.....	67	BENDEKA.....	14	BREYNA.....	101
AUGTYRO.....	14	BENLYSTA.....	30	BREZTRI AEROSPHERE.....	101
AUROVELA 1/20.....	67	BENZEDREX.....	106	<i>brillyn</i>	67
AUROVELA 24 FE.....	67	BENZEPRO.....	161	BRILINTA.....	93
AUROVELA FE 1.5/30.....	67	<i>benzoin</i>	165	<i>brimonidine tartrate</i>	93

<i>brinzolamide</i>	93	<i>calcium acetate</i>	60	CAYSTON.....	44
BRIVIACT.....	112, 126	<i>calcium acetate (phos binder)</i>	60	<i>c-chewable</i>	142
<i>bromfenac sodium</i>	95	<i>calcium antacid</i>	78	<i>cefaclor</i>	48
<i>bromocriptine mesylate</i>	116	<i>calcium carb-cholecalciferol</i> ... 133, 134		<i>cefaclor er</i>	48
BROMSITE.....	95	<i>calcium carbonate</i>	134	<i>cefadroxil</i>	48
BRONCHITOL.....	102	<i>calcium carbonate antacid</i>	78	<i>cefazolin sodium</i>	48
BRUKINSA.....	15	<i>calcium citrate</i>	134	<i>cefazolin sodium-dextrose</i>	48
<i>budesonide</i>	82, 105	<i>calcium citrate + d</i>	134	<i>cefdinir</i>	48
<i>budesonide er</i>	82	<i>calcium citrate + d3</i>	134	<i>cefepime hcl</i>	48
<i>budesonide-formoterol fumarate</i>	101	<i>calcium citrate + d3 maximum</i>	134	<i>cefixime</i>	48
<i>bumetanide</i>	57	<i>calcium citrate+d3</i>	134	<i>cefoxitin sodium</i>	48
<i>buprenorphine</i>	36	<i>calcium citrate+d3 petites</i>	134	<i>cefpodoxime proxetil</i>	48
<i>buprenorphine hcl</i>	127	<i>calcium citrate-vitamin d</i>	134	<i>cefprozil</i>	48
<i>buprenorphine hcl-naloxone hcl</i>	127	<i>calcium citrate-vitamin d3</i>	134	<i>ceftazidime</i>	49
<i>bupropion hcl</i>	119	<i>calcium creamies</i>	134	<i>ceftriaxone sodium</i>	49
<i>bupropion hcl er (smoking det)</i>	127	<i>calcium gluconate</i>	134	<i>cefuroxime axetil</i>	49
<i>bupropion hcl er (sr)</i>	118	<i>calcium high potency</i>	134	<i>cefuroxime sodium</i>	49
<i>bupropion hcl er (xl)</i>	119	<i>calcium high potency/vitamin d</i>	134	<i>celecoxib</i>	33
<i>buspirone hcl</i>	118	<i>calcium lactate</i>	134	CENTRUM.....	142
<i>butenafine hcl</i>	160	<i>calcium oyster shell</i>	134	CENTRUM FLAVOR BURST	
<i>butorphanol tartrate</i>	35	<i>calcium plus vitamin d</i>	134	ADULT.....	142
BYDUREON BCISE.....	62	<i>calcium plus vitamin d3</i>	134	CENTRUM FLAVOR BURST KIDS	
BYETTA 10 MCG PEN.....	62	<i>calcium+d3</i>	134		142
BYETTA 5 MCG PEN.....	63	<i>calcium-magnesium-zinc</i>	134	CENTRUM FRESH/FRUITY 50+ ...	142
<i>c 1000</i>	141	<i>calcium-magnesium-zinc-d3</i>	134	CENTRUM FRESH/FRUITY	
<i>c 500</i>	141	<i>calcium-vitamin d3</i>	134	ADULT.....	142
<i>c-1000</i>	141	CAL-GEST ANTACID.....	78	CENTRUM KIDS.....	142
<i>c-1000/rose hips</i>	141	<i>cal-mint</i>	134	CENTRUM SILVER.....	142
<i>c-250</i>	141	CALMOSEPTINE.....	165	<i>cephalexin</i>	49
<i>c-500</i>	141, 142	CALQUENCE.....	15	CERALYTE 70.....	132
<i>c-500/rose hips</i>	142	CALTRATE 600+D3 SOFT.....	135	CERASPORT.....	132
<i>cabergoline</i>	73	CALTRATE MINIS PLUS		CERASPORT EX1.....	132
CABOMETYX.....	15	MINERALS.....	135	CERAVE MOISTURIZING.....	165
<i>calamine phenolated</i>	165	CAMILA.....	67	CERAVE SA ROUGH & BUMPY	
<i>calamine-zinc oxide</i>	165	CAMRESE.....	67	SKIN.....	165
<i>calcipotriene</i>	163	CAMRESE LO.....	67	CERDELGA.....	73
<i>calcitonin (salmon)</i>	77	<i>candesartan cilexetil</i>	52	CEREZYME.....	73
<i>cal-citrate plus vitamin d</i>	133	<i>candesartan cilexetil-hctz</i>	56	CEROVITE JR.....	142
CALCITRENE.....	163	<i>capcof</i>	106	CETAPHIL MOISTURIZING.....	165
<i>calcitriol</i>	62	CAPLYTA.....	121	CETAPHIL THERAPEUTIC HAND	165
<i>calcium</i>	134	CAPRELSA.....	15	<i>cetirizine hcl</i>	99
<i>calcium + vitamin d3</i>	133	<i>capsaicin</i>	165	<i>cetirizine hcl allergy child</i>	99
<i>calcium 1000 + d</i>	133	<i>capsaicin pain relief</i>	165	<i>cetirizine hcl childrens</i>	99
<i>calcium 1200</i>	133	<i>captopril</i>	59	<i>cetirizine hcl childrens alrgy</i>	99
<i>calcium 500 + d</i>	133	<i>captopril-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>cetirizine-pseudoephedrine er</i>	106
<i>calcium 500 + d3</i>	133	<i>carbamazepine</i>	113	<i>cevimeline hcl</i>	159
<i>calcium 500/d</i>	133	<i>carbamazepine er</i>	112, 113	<i>charcoal</i>	73
<i>calcium 500/vitamin d</i>	133	<i>carbidopa-levodopa</i>	117	CHATEAL EQ.....	67
<i>calcium 500+d</i>	133	<i>carbidopa-levodopa er</i>	117	<i>chelated magnesium</i>	135
<i>calcium 500+d high potency</i>	133	<i>carbidopa-levodopa-entacapone</i> ... 117		CHEMET.....	62
<i>calcium 500+d3</i>	133	<i>carboplatin</i>	14	<i>chest congestion relief</i>	106
<i>calcium 600</i>	133	CARESTART COVID-19 HOME		<i>chest congestion relief dm</i>	106
<i>calcium 600 + d</i>	133	TEST.....	44	<i>childrens animal shapes</i>	142
<i>calcium 600 high potency</i>	133	<i>carglumic acid</i>	73	<i>childrens chew multivitamin</i>	142
<i>calcium 600/vitamin d</i>	133	<i>carisoprodol</i>	117	<i>childrens chewable vitamins</i>	142
<i>calcium 600/vitamin d3</i>	133	<i>carteolol hcl</i>	93	<i>childrens gummies</i>	142
<i>calcium 600+d</i>	133	CARTIA XT.....	55	<i>childrens ibuprofen</i>	33
<i>calcium 600+d high potency</i>	133	<i>carvedilol</i>	54	<i>childrens loratadine</i>	99
<i>calcium 600+d3</i>	133	<i>caspofungin acetate</i>	43	<i>childrens mucus relief cough</i>	106
<i>calcium 600+d3 plus minerals</i>	133	<i>castellani paint modified</i>	160	<i>childrens silapap</i>	37

<i>chlorhexidine gluconate</i>	159	<i>co q 10</i>	129	CULTURELLE PROBIOTICS +	
<i>chloroquine phosphate</i>	46	<i>co q10</i>	129	MULTIV.....	142
<i>chlorpromazine hcl</i>	121	<i>co q-10</i>	129	<i>cupric chloride</i>	139
<i>chlorthalidone</i>	57	COARTEM.....	46	<i>cvs adult 50+ eye health</i>	142
<i>cholestyramine</i>	53	<i>coconut oil beauty</i>	165	CVS AIRSHIELD.....	142
<i>cholestyramine light</i>	53	<i>cod liver oil</i>	142	CVS AIRSHIELD IMMUNITY	
CHROMAGEN.....	90	<i>cod liver oil w/vit a & d</i>	142	SUPPORT.....	142
<i>chromic chloride</i>	138	<i>coditussin ac</i>	106	<i>cvs b complex plus c</i>	142
<i>ciclopirox olamine</i>	160	<i>coditussin dac</i>	106	<i>cvs b-1</i>	142
<i>cilostazol</i>	89	<i>coenzyme q10</i>	129	<i>cvs b-12</i>	143
CILOXAN.....	94	<i>coenzyme q-10</i>	129	<i>cvs b6</i>	143
CIMDUO.....	42	<i>co-enzyme q10</i>	129	<i>cvs biotin</i>	143
<i>cinacalcet hcl</i>	73	COLACE CLEAR.....	83	<i>cvs biotin high potency</i>	143
CIPRO.....	50	<i>colchicine</i>	40	<i>cvs calcium + d3</i>	135
<i>ciprofloxacin hcl</i>	50, 94	<i>colchicine-probenecid</i>	40	<i>cvs calcium 600 & vitamin d3</i>	135
<i>ciprofloxacin in d5w</i>	50	<i>colesevelam hcl</i>	53	<i>cvs calcium 600 + dl/minerals</i>	135
<i>ciprofloxacin-dexamethasone</i>	98	<i>colestipol hcl</i>	53	<i>cvs calcium 600+d</i>	135
<i>cisplatin</i>	14	<i>colistimethate sodium (cba)</i>	44	<i>cvs calcium carbonate</i>	135
<i>citalopram hydrobromide</i>	119	COMBIGAN.....	93	<i>cvs calcium citrate+d3 petites</i>	135
CITRACAL MAXIMUM.....	135	COMBIVENT RESPIMAT.....	101	<i>cvs chewable c with rose hips</i>	143
CITRACAL PETITES/VITAMIN D..	135	COMETRIQ (100 MG DAILY		<i>cvs chewable childrens vitamin</i>	143
<i>citrus calcium/vitamin d</i>	135	DOSE).....	15	<i>cvs childrens complete</i>	143
CLARAVIS.....	161	COMETRIQ (140 MG DAILY		<i>cvs coenzyme q-10</i>	129
<i>clarithromycin</i>	49	DOSE).....	15	<i>cvs coq-10</i>	129
<i>clarithromycin er</i>	49	COMETRIQ (60 MG DAILY DOSE).....	15	<i>cvs cough dm</i>	106
<i>classic prenatal</i>	142	COMFORT ASSIST INSULIN		<i>cvs covid-19 at home test kit</i>	44
CLEARLAX.....	83	SYRINGE.....	65	<i>cvs d3</i>	143
CLEVER CHOICE HOLDING		COMPACT SPACE CHAMBER.....	102	<i>cvs daily gummies</i>	143
CHAMBER.....	102	COMPACT SPACE CHAMBER/LG		<i>cvs daily gummies adult</i>	143
<i>clindamycin hcl</i>	44	MASK.....	102	<i>cvs e</i>	143
<i>clindamycin palmitate hcl</i>	44	COMPACT SPACE		<i>cvs electrolyte solution</i>	132
<i>clindamycin phosphate</i>	44, 87, 161	CHAMBER/MED MASK.....	102	<i>cvs eye health adult 50+</i>	143
<i>clindamycin phosphate in d5w</i>	44	COMPACT SPACE CHAMBER/SM		<i>cvs folic acid</i>	143
<i>clindamycin phosphate in nacl</i>	44	MASK.....	102	<i>cvs gauze sterile</i>	65
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/10)...	138	COMPLERA.....	42	<i>cvs glucose</i>	61
CLINIMIX/DEXTROSE (4.25/5).....	138	<i>complete allergy medicine</i>	99	<i>cvs gummy dinos</i>	143
CLINIMIX/DEXTROSE (5/15).....	139	<i>complete multivitamin/mineral</i>	142	<i>cvs gummy multivitamin kids</i>	143
CLINIMIX/DEXTROSE (5/20).....	139	COMPRO.....	80	<i>cvs iron</i>	90
<i>clinimix/dextrose (6/5)</i>	139	<i>constulose</i>	83	CVS KETONE CARE.....	73
<i>clinimix/dextrose (8/10)</i>	139	COPIKTRA.....	15	<i>cvs lice treatment</i>	164
<i>clinimix/dextrose (8/14)</i>	139	<i>coq10</i>	129	<i>cvs magnesium</i>	135
CLINISOL SF.....	139	<i>coq-10</i>	129	<i>cvs magnesium oxide</i>	135
CLINITEST RAPID COVID-19		<i>coq10 maximum strength</i>	129	<i>cvs mens daily gummies</i>	143
TEST.....	44	CORLANOR.....	58	<i>cvs oyster shell calcium-vit d</i>	135
CLINOLIPID.....	139	CORVITA.....	142	<i>cvs ped electrolyte freeze pop</i>	132
<i>clobazam</i>	113	CORVITA 150.....	90	<i>cvs pediatric electrolyte</i>	132
<i>clobetasol propionate</i>	163	CORVITE 150.....	90	<i>cvs slow release dried iron</i>	90
<i>clobetasol propionate e</i>	163	<i>corvite fe</i>	90	<i>cvs slow release iron</i>	90
<i>clomipramine hcl</i>	119	COTELLIC.....	16	<i>cvs spectravite adult 50+</i>	143
<i>clonazepam</i>	113	<i>cough dm</i>	106	<i>cvs super b complex/c</i>	143
<i>clonidine</i>	58	<i>cough dm childrens</i>	106	<i>cvs vision health</i>	143
<i>clonidine hcl</i>	57	<i>covid-19 at-home test</i>	44	<i>cvs vitamin b12</i>	143
<i>clopidogrel bisulfate</i>	93	<i>cream base</i>	59	<i>cvs vitamin b-12</i>	143
<i>clorazepate dipotassium</i>	113	CREON.....	82	<i>cvs vitamin c</i>	143
CLORPACTIN.....	165	<i>cromolyn sodium</i>	81, 93, 102	<i>cvs vitamin c-rose hips</i>	143
<i>clotrimazole</i>	87, 159, 160	CRYSELLE-28.....	67	<i>cvs vitamin d3</i>	143
<i>clotrimazole 3</i>	87	CULTURELLE KIDS COMPLETE.....	142	<i>cvs vitamin e</i>	143
<i>clotrimazole anti-fungal</i>	160	CULTURELLE KIDS PROBIOTIC-		<i>cvs womens daily gummies</i>	143
<i>clotrimazole-betamethasone</i>	160	MV.....	142	<i>cvs zinc gluconate</i>	135
<i>clozapine</i>	121			<i>cyanocobalamin</i>	143

<i>cyclobenzaprine hcl</i>	117	DELSYM CGH/CHEST CONG DM		<i>digoxin</i>	58
<i>cyclophosphamide</i>	14	CHILD.....	106	<i>dihydroergotamine mesylate</i>	124
<i>cycloserine</i>	41	DELSYM COUGH CHILDRENS....	106	DILANTIN.....	113
<i>cyclosporine</i>	30	DELSYM COUGH/CHEST		DILANTIN INFATABS.....	113
<i>cyclosporine modified</i>	30	CONGEST DM.....	106	<i>diltiazem hcl</i>	55
<i>cyproheptadine hcl</i>	99	<i>delta d3</i>	144	<i>diltiazem hcl er</i>	55
CYRED EQ.....	67	DENG VAXIA.....	31	<i>diltiazem hcl er beads</i>	55
CYSTADROPS.....	96	DEPO-SUBQ PROVERA 104.....	67	<i>diltiazem hcl er coated beads</i>	55
CYSTAGON.....	73	DEPO-TESTOSTERONE.....	62	<i>dilt-xr</i>	55
CYSTARAN.....	96	DERMABASE.....	165	<i>diphenhydramine hcl</i>	99
<i>cytarabine</i>	24	DESCOVY.....	42	<i>diphenhydramine hcl childrens</i>	99
<i>d 1000</i>	143	DESENEX.....	160	<i>diphenhydramine-zinc acetate</i>	166
<i>d 10000</i>	143	<i>desipramine hcl</i>	119	<i>diphenoxylate-atropine</i>	81
<i>d 5000</i>	143	<i>desmopressin ace spray refig</i>	73	<i>diphtheria-tetanus toxoids dt</i>	31
<i>d-1000 extra strength</i>	144	<i>desmopressin acetate</i>	73	<i>dipyridamole</i>	93
<i>d2000 ultra strength</i>	144	<i>desmopressin acetate pf</i>	73	<i>disopyramide phosphate</i>	52
<i>d3</i>	144	<i>desmopressin acetate spray</i>	73	<i>disulfiram</i>	127
<i>d3 2000</i>	144	<i>desogestrel-ethinyl estradiol</i>	67	<i>divalproex sodium</i>	113
<i>d3 5000</i>	144	<i>desvenlafaxine succinate er</i>	119	<i>divalproex sodium er</i>	113
<i>d3 baby drops</i>	144	<i>dexamethasone</i>	76	DML FORTE.....	166
<i>d3 high potency</i>	144	DEXAMETHASONE INTENSOL....	76	<i>docetaxel</i>	26
<i>d3 maximum strength</i>	144	<i>dexamethasone sod phosphate pf</i> ...	76	<i>docusate calcium</i>	83
<i>d3 super strength</i>	144	<i>dexamethasone sodium phosphate</i>		<i>docusate mini</i>	83
<i>d3-1000</i>	144		76, 95	<i>docusate sodium</i>	83
<i>d-3-5</i>	144	<i>dexmethylphenidate hcl</i>	128	DOCUSOL KIDS.....	83
<i>d-400</i>	144	<i>dextromethorphan hbr</i>	106	DOCUSOL MINI.....	83
<i>d-5000</i>	144	<i>dextromethorphan polistirex er</i>	106	<i>dofetilide</i>	52
<i>daily multiple vitamins</i>	144	<i>dextromethorphan-guaifenesin</i>	106	<i>donepezil hcl</i>	118
<i>daily multivitamin</i>	144	<i>dextrose</i>	139	DOPTLET.....	89
<i>daily value multivitamin</i>	144	<i>dextrose 5%/electrolyte #48</i>	130	<i>dorzolamide hcl</i>	93
<i>daily vitamins</i>	144	<i>dextrose in lactated ringers</i>	130	<i>dorzolamide hcl-timolol mal</i>	93
<i>daily vite</i>	144	<i>dextrose-sodium chloride</i>	130	DOTTI.....	75
<i>daily vite multivitamin/iron</i>	144	DIABETIDERM.....	165	DOVATO.....	42
<i>daily vites</i>	144	DIABETIDERM FOOT		<i>doxazosin mesylate</i>	54
<i>daily-vite</i>	144	REJUVENATING.....	166	<i>doxepin hcl</i>	119, 125
<i>daily-vite multivitamin</i>	144	DIACOMIT.....	113	<i>doxorubicin hcl</i>	24
<i>dalfampridine er</i>	126	DIALYVITE.....	145	<i>doxorubicin hcl liposomal</i>	24
<i>danazol</i>	75	DIALYVITE 3000.....	144	DOXY 100.....	51
<i>dantrolene sodium</i>	117	DIALYVITE 5000.....	145	<i>doxycycline hyclate</i>	52
<i>dapsone</i>	44	DIALYVITE 800.....	145	<i>doxycycline monohydrate</i>	52
DAPTACEL.....	31	DIALYVITE 800/ZINC.....	145	DRISDOL.....	145
<i>daptomycin</i>	44	DIALYVITE 800-ZINC 15.....	145	DRIZALMA SPRINKLE.....	119
<i>darunavir</i>	40	DIALYVITE SUPREME D.....	145	<i>dronabinol</i>	80
DASETTA 1/35.....	67	DIALYVITE VITAMIN D 5000.....	145	<i>drospiren-eth estrad-levomefol</i>	67
DASETTA 7/7/7.....	67	DIALYVITE/ZINC.....	145	<i>drospirenone-ethinyl estradiol</i>	67
DAURISMO.....	16	DIATRUST COVID-19 HOME		DROXIA.....	89
DAYSEE.....	67	TEST.....	44	<i>droxidopa</i>	58
DAYVIGO.....	125	<i>diazepam</i>	113, 126	DRY EYE FORMULA.....	145
DDROPS.....	144	DIAZEPAM INTENSOL.....	113	DULERA.....	101
DEBLITANE.....	67	<i>diazoxide</i>	61	<i>duloxetine hcl</i>	119
DECARA.....	144	<i>diclofenac potassium</i>	33	DUPIXENT.....	27
DECONEX IR.....	106	<i>diclofenac sodium</i>	33, 95, 166	DUREX REALFEEL.....	68
DECUBI-VITE.....	144	<i>diclofenac sodium er</i>	33	<i>dutasteride</i>	88
<i>deferasirox</i>	62	<i>dicloxacillin sodium</i>	51	<i>dutasteride-tamsulosin hcl</i>	88
<i>deferasirox granules</i>	62	<i>dicyclomine hcl</i>	81	D-VI-SOL.....	145
<i>dekas bariatric</i>	144	<i>diethylpropion hcl</i>	77	<i>d-vite pediatric</i>	145
DEKAS PLUS.....	144	<i>diethylpropion hcl er</i>	77	DYNA-HEX 4.....	166
DEKAS PLUS OCEAN.....	144	DIFFERIN.....	161	<i>e 1000</i>	145
DELSTRIGO.....	42	DIFICID.....	49	E.E.S. 400.....	49
DELSYM.....	106	<i>diflunisal</i>	33	<i>e200</i>	145

<i>e-200</i>	145	<i>epinephrine (anaphylaxis)</i>	58	<i>ethynodiol diac-eth estradiol</i>	68
<i>ear drops</i>	168	EPITOL.....	114	<i>etodolac</i>	34
EASIVENT.....	102	<i>eplerenone</i>	52	<i>etodolac er</i>	33
EASIVENT MASK LARGE.....	102	EPRONTIA.....	114	<i>etonogestrel-ethinyl estradiol</i>	68
EASIVENT MASK MEDIUM.....	103	<i>epsom salt</i>	83	<i>etoposide</i>	26
EASIVENT MASK SMALL.....	103	<i>eq calcium 500+d</i>	135	<i>etravirine</i>	40
<i>ec-naproxen</i>	33	<i>eq calcium 600+d</i>	135	EUCERIN ADVANCED REPAIR	
ECOTRIN LOW STRENGTH.....	37	<i>eq calcium 600+d+minerals</i>	135	HAND.....	166
<i>ed chlorped jr</i>	99	<i>eq calcium citrate+d</i>	135	EUCERIN CALMING DAILY	
<i>ed-a-hist dm</i>	107	<i>eq complete multivitamin child</i>	145	MOIST.....	166
<i>ed-apap</i>	37	<i>eq cough dm</i>	107	EUCERIN PLUS.....	166
EDURANT.....	40	<i>eq lice killing max st</i>	164	EUCERIN SKIN CALMING.....	166
<i>efavirenz</i>	40	<i>eq multivitamin gummies</i>	145	EULEXIN.....	23
<i>efavirenz-emtricitab-tenofo df</i>	42	<i>eq slow-release iron</i>	90	EUTHYROX.....	61
<i>efavirenz-lamivudine-tenofovir</i>	42	<i>eq space chamber anti-static</i>	103	<i>everolimus</i>	16, 30
ELDERTONIC.....	145	<i>eq space chamber anti-static l</i>	103	EVOTAZ.....	42
ELFOLATE PLUS.....	145	<i>eq space chamber anti-static m</i>	103	EXEL COMFORT POINT PEN	
ELIGARD.....	23	<i>eq space chamber anti-static s</i>	103	NEEDLE.....	65
ELINEST.....	68	<i>eq therapeutic moisturizing</i>	166	<i>exemestane</i>	23
ELIQUIS.....	88	<i>eq l b complex 50</i>	145	<i>eye multivitamin</i>	146
ELIQUIS DVT/PE STARTER PACK	88	<i>eq l b-6</i>	145	<i>eye multivitamin/lutein</i>	146
ELLECE.....	24	<i>eq l calcium citrate/vitamin d</i>	135	EYSUVIS.....	95
<i>ellume covid-19 home test</i>	44	<i>eq l calcium citrate/vitamin d3</i>	135	<i>ezetimibe</i>	53
ELURYNG.....	68	<i>eq l calcium/vitamin d</i>	135	<i>ezetimibe-simvastatin</i>	53
EMERGEN-C VITAMIN C.....	145	<i>eq l calcium/vitamin d3</i>	135	<i>fabb</i>	146
EMOLLIA-CREME.....	166	<i>eq l child multivit/minerals</i>	145	FABRAZYME.....	74
<i>emollient base</i>	59	<i>eq l coq10</i>	129	FALMINA.....	68
EMSAM.....	119	<i>eq l iron supplement therapy</i>	90	<i>famciclovir</i>	47
<i>emtricitabine</i>	40	<i>eq l slow release iron</i>	90	<i>famotidine</i>	78
<i>emtricitabine-tenofovir df</i>	42	<i>eq l super b complex/vitamin c</i>	145	<i>famotidine (pf)</i>	78
EMTRIVA.....	40	<i>eq l vitamin b-12</i>	145	<i>famotidine premixed</i>	78
EMVERM.....	44	<i>eq l vitamin c</i>	145	FANAPT.....	121
EMZAHH.....	68	<i>eq l vitamin c/rose hips</i>	145	FANAPT TITRATION PACK.....	121
<i>enalapril maleate</i>	59	<i>eq l vitamin d3</i>	145	FANTASY LUBRICATED.....	68
<i>enalapril-hydrochlorothiazide</i>	57	<i>eq l vitamin e</i>	145	FANTASY	
ENBREL.....	27	<i>ergocalciferol</i>	146	LUBRICATED/SPERMICIDE.....	68
ENBREL MINI.....	27	<i>ergotamine-caffeine</i>	124	FARXIGA.....	63
ENBREL SURECLICK.....	27	ERIVEDGE.....	16	FASENRA.....	103
ENDARI.....	89	ERLEADA.....	23	FASENRA PEN.....	103
ENDOCET.....	35	<i>erlotinib hcl</i>	16	FC2 FEMALE CONDOM.....	68
ENDUR-ACIN.....	145	ERRIN.....	68	<i>felbamate</i>	114
ENDUR-C.....	145	<i>ertapenem sodium</i>	44	<i>felodipine er</i>	55
<i>enema</i>	83	<i>ery</i>	161	<i>fenofibrate</i>	54
<i>enema ready-to-use</i>	83	ERY-TAB.....	49	<i>fenofibrate micronized</i>	54
ENEMEEZ MINI.....	83	ERYTHROCIN LACTOBIONATE... ..	50	<i>fentanyl</i>	36
ENEMEEZ PLUS.....	83	ERYTHROCIN STEARATE.....	50	<i>fentanyl citrate</i>	35
ENFAMIL ENFALYTE.....	132	<i>erythromycin</i>	50, 94, 161	FERAHEME.....	90
ENGERIX-B.....	31	<i>erythromycin base</i>	50	FERATE.....	90
ENILLORING.....	68	<i>erythromycin ethylsuccinate</i>	50	FERGON.....	90
<i>enoxaparin sodium</i>	88	<i>erythromycin lactobionate</i>	50	FERIVA 21/7.....	90
ENPRESSE-28.....	68	<i>escitalopram oxalate</i>	119	FERIVAF.....	90
ENSKYCE.....	68	<i>esomeprazole magnesium</i>	83	FEROSUL.....	91
ENSTILAR.....	163	ESTARYLLA.....	68	FERRALET 90.....	91
<i>entacapone</i>	117	ESTER-C.....	146	<i>ferretts</i>	91
<i>entecavir</i>	47	<i>estradiol</i>	75	FERREX 150.....	91
ENTRESTO.....	56	<i>estradiol valerate</i>	75	<i>ferric x-150</i>	91
<i>enulose</i>	83	<i>estradiol-norethindrone acet</i>	75	FERRLECIT.....	91
EPCLUSA.....	47	<i>eszopiclone</i>	125	<i>ferrous fumarate</i>	91
EPIDIOLEX.....	114	<i>ethambutol hcl</i>	41	<i>ferrous gluconate</i>	91
<i>epinephrine</i>	103	<i>ethosuximide</i>	114	<i>ferrous sulfate</i>	91

FETZIMA.....	119	<i>flurbiprofen</i>	34	<i>gemcitabine hcl</i>	25
FETZIMA TITRATION.....	119	<i>flurbiprofen sodium</i>	95	<i>gemfibrozil</i>	54
FEVERALL ADULTS.....	37	<i>fluticasone propionate</i>	105, 164	GEMTESA.....	87
FEVERALL CHILDRENS.....	37	<i>fluticasone-salmeterol</i>	102	GENABIO COVID-19 RAPID TEST.....	44
FEVERALL INFANTS.....	37	<i>fluvoxamine maleate</i>	118	<i>genadek step 1</i>	147
FEVERALL JUNIOR STRENGTH...	37	<i>folagent dha</i>	146	<i>genadek step 2</i>	147
<i>fexofenadine hcl</i>	99	<i>folamed dha</i>	146	<i>generlac</i>	84
FIASP.....	65	<i>folate</i>	146	GENGRAF.....	30
FIASP FLEXTOUCH.....	65	<i>folbee</i>	146	GENOTROPIN.....	74
FIASP PENFILL.....	65	<i>folbee plus</i>	146	GENOTROPIN MINIQUEL.....	74
FIASP PUMPCART.....	65	<i>folic acid</i>	146	<i>gentamicin in saline</i>	44
<i>fiber</i>	83	FOLITAB 500.....	91	<i>gentamicin sulfate</i>	45, 95, 162
<i>fiber laxative</i>	83	<i>folite</i>	146	GENTEAL SEVERE.....	96
<i>fiber-lax</i>	84	FOLIVANE-F.....	91	GENTEAL TEARS.....	96
<i>finasteride</i>	88	FOLIVANE-PLUS.....	91	GENTEAL TEARS MODERATE PF.....	96
<i>finngolimod hcl</i>	126	FOLIXAPURE.....	146	<i>gentle laxative</i>	84
FINTEPLA.....	114	<i>folplex 2.2</i>	146	<i>gentlelax</i>	84
FINZALA.....	68	FOLTABS 800.....	147	GENVOYA.....	42
FIRMAGON.....	23	FOLTANX.....	147	GERBER GROW MIGHTY.....	147
FIRMAGON (240 MG DOSE).....	23	FOLTRATE.....	147	GERBER LIL' BRAINIES.....	147
<i>first aid antiseptic</i>	166	FOLTREXYL.....	147	GERITOL COMPLETE.....	147
FLAC.....	98	<i>fondaparinux sodium</i>	88	GILOTRIF.....	16
FLAREX.....	95	<i>fosamprenavir calcium</i>	40	<i>glatiramer acetate</i>	126
FLEBOGAMMA DIF.....	29	<i>fosinopril sodium</i>	59	GLATOPA.....	126
<i>flecainide acetate</i>	52	<i>fosinopril sodium-hctz</i>	57	GLEOSTINE.....	14
FLEET ENEMA.....	84	FOTIVDA.....	16	<i>glimepiride</i>	63
FLEXICHAMBER.....	103	<i>fruit c</i>	147	<i>glipizide</i>	63
FLINSTONES GUMMIES OMEGA-3 DHA.....	146	<i>fruit c 500</i>	147	<i>glipizide er</i>	63
FLINSTONES COMPLETE.....	146	<i>fruity c</i>	147	<i>glipizide xl</i>	63
FLINSTONES GUMMIES.....	146	<i>fruity chews</i>	147	<i>glipizide-metformin hcl</i>	63
FLINSTONES GUMMIES BONE BUILD.....	146	FRUZAQLA.....	16	<i>global alcohol prep ease</i>	65
FLINSTONES GUMMIES COMPLETE.....	146	<i>full spectrum b/vitamin c</i>	147	<i>glucoten</i>	147
FLINSTONES GUMMIES-IMMUNITY.....	146	<i>fulvestrant</i>	23	<i>glutamine</i>	129
FLINSTONES PLUS CALCIUM...	146	FUNGOID TINCTURE.....	160	GLUTOSE 5.....	61
FLINSTONES SOUR GUMMIES.....	146	<i>furosemide</i>	57	<i>glycerin (adult)</i>	84
FLINSTONES W/IRON.....	146	FUSION.....	91	<i>glycerin (infants & children)</i>	84
FLINSTONES/MY FIRST.....	146	FUSION PLUS.....	91	<i>glycerin adult</i>	84
FLORIVA PLUS.....	146	FUZEON.....	40	<i>glycerin childrens</i>	84
FLOWFLEX COVID-19 AG HOME TEST.....	44	FYAVOLV.....	75	GLYCOLAX.....	84
<i>fluconazole</i>	43	FYCOMPA.....	114	<i>glycopyrrolate</i>	81
<i>fluconazole in sodium chloride</i>	43	<i>gabapentin</i>	114, 126	GLYDO.....	162
<i>flucytosine</i>	43	<i>galantamine hydrobromide</i>	118	GLYXAMBI.....	63
<i>fludrocortisone acetate</i>	76	<i>galantamine hydrobromide er</i>	118	<i>gnp 8 hour arthritis relief</i>	37
<i>flunisolide</i>	105	GAMASTAN.....	29	<i>gnp 8 hour pain relief</i>	37
<i>fluocinolone acetonide</i>	98, 163, 164	GAMMAGARD.....	29	<i>gnp 8 hour pain reliever</i>	38
<i>fluocinolone acetonide body</i>	163	GAMMAGARD S/D LESS IGA.....	29	<i>gnp acetaminophen</i>	38
<i>fluocinolone acetonide scalp</i>	164	GAMMAKED.....	29	<i>gnp all day allergy</i>	99
<i>fluocinonide</i>	164	GAMMAPLEX.....	29	<i>gnp all day allergy childrens</i>	99
<i>fluocinonide emulsified base</i>	164	GAMUNEX-C.....	29	<i>gnp all day allergy-d</i>	107
<i>fluoritab</i>	135	<i>ganciclovir sodium</i>	47	<i>gnp allergy</i>	99
<i>fluorometholone</i>	95	GARDASIL 9.....	31	<i>gnp allergy & congestion</i>	107
<i>fluorouracil</i>	24, 166	<i>gas relief extra strength</i>	81	<i>gnp allergy relief</i>	100
<i>fluoxetine hcl</i>	119	<i>gas relief ultra strength</i>	81	<i>gnp allergy relief 24 hr</i>	99
<i>fluphenazine decanoate</i>	121	<i>gatifloxacin</i>	95	<i>gnp allergy relief max st</i>	100
<i>fluphenazine hcl</i>	121	GATTEX.....	81	<i>gnp allergy/congestion relief</i>	107
		<i>gavilax</i>	84	<i>gnp antacid</i>	79
		GAVILYTE-C.....	84	<i>gnp antacid & anti-gas</i>	79
		GAVILYTE-G.....	84	<i>gnp antacid regular strength</i>	79
		GAVRETO.....	16	<i>gnp antibacterial urinary pain</i>	45
		<i>gefitinib</i>	16	<i>gnp anti-diarrheal</i>	79

<i>gnp anti-gas</i>	81	<i>gnp nicotine mini</i>	127	<i>goodsense nicotine</i>	127
<i>gnp anti-itch</i>	166	<i>gnp nicotine polacrilex</i>	127	<i>goodsense pain & fever child</i>	38
<i>gnp antiseptic skin cleanser</i>	166	<i>gnp no drip nasal spray</i>	107	<i>goodsense pain & fever infants</i>	38
<i>gnp artificial tears</i>	96	<i>gnp pain & fever childrens</i>	38	<i>goodsense pain relief</i>	38
<i>gnp aspirin</i>	38	<i>gnp pain & fever infants</i>	38	<i>goodsense pain relief extra st</i>	38
<i>gnp aspirin low dose</i>	38	<i>gnp pain relief</i>	38	<i>goodsense tussin cf</i>	108
<i>gnp athletes foot</i>	160	<i>gnp pain relief extra strength</i>	38	<i>goodsense tussin dm</i>	108
<i>gnp bacitracin zinc</i>	162	<i>gnp pain relief nighttime</i>	127	<i>goodsense tussin dm max</i>	108
<i>gnp biotin</i>	147	<i>gnp pink bismuth</i>	80	<i>granisetron hcl</i>	80
<i>gnp calcium</i>	136	<i>gnp prenatal</i>	147	<i>grape flavor</i>	59
<i>gnp calcium 500 +d3</i>	135	<i>gnp pseudoephedrine hcl 12 hr</i>	107	<i>griseofulvin microsize</i>	43
<i>gnp calcium 600 +d/minerals</i>	135	<i>gnp senna plus</i>	84	<i>griseofulvin ultramicrosize</i>	43
<i>gnp calcium 600 +d3</i>	136	<i>gnp terbinafine hydrochloride</i>	160	<i>guaifenesin</i>	108
<i>gnp calcium citrate +d3</i>	136	<i>gnp tolnaftate</i>	160	<i>guaifenesin er</i>	108
<i>gnp childrens allergy</i>	100	<i>gnp triple antibiotic</i>	162	<i>guaifenesin-codeine</i>	108
<i>gnp childrens chewables/ex c</i>	147	<i>gnp triple antibiotic plus</i>	162	<i>guaifenesin-dm</i>	108
<i>gnp childrens ibuprofen</i>	34	<i>gnp tussin cf cough & cold</i>	107	<i>guanfacine hcl</i>	58
<i>GNP CLEARLAX</i>	84	<i>gnp tussin cough long acting</i>	107	<i>guanfacine hcl er</i>	129
<i>gnp clotrimazole 3</i>	87	<i>gnp tussin dm</i>	107	<i>GUMMI BEAR</i>	
<i>gnp co q10</i>	129	<i>gnp tussin dm cough</i>	107	<i>MULTIVITAMIN/MIN</i>	148
<i>gnp co q-10</i>	129	<i>gnp tussin dm max</i>	107	<i>GVOKE HYPOPEN 2-PACK</i>	61
<i>gnp cough dm er</i>	107	<i>gnp tussin mucus & chest cong</i>	107	<i>GVOKE KIT</i>	61
<i>gnp d 1000</i>	147	<i>gnp vitamin a</i>	147	<i>GVOKE PFS</i>	61
<i>gnp earwax removal drops</i>	168	<i>gnp vitamin b-1</i>	147	<i>HAEGARDA</i>	89
<i>gnp earwax removal kit</i>	168	<i>gnp vitamin b-12</i>	147	<i>HAILEY 1.5/30</i>	68
<i>gnp essential one daily</i>	147	<i>gnp vitamin b-6</i>	147	<i>HAILEY 24 FE</i>	68
<i>gnp fiber</i>	84	<i>gnp vitamin c</i>	147	<i>hair skin nails</i>	148
<i>gnp folic acid</i>	147	<i>gnp vitamin c drops</i>	147	<i>hair/skin/nails</i>	148
<i>gnp gas relief</i>	81	<i>gnp vitamin c w/rose hips</i>	147	<i>halobetasol propionate</i>	164
<i>gnp gentle laxative</i>	84	<i>gnp vitamin c/rose hips</i>	147	<i>HALOETTE</i>	68
<i>gnp glycerin (adult)</i>	84	<i>gnp vitamin d</i>	148	<i>haloperidol</i>	121
<i>gnp glycerin child</i>	84	<i>gnp vitamin d maximum strength</i>	148	<i>haloperidol decanoate</i>	121
<i>gnp ibuprofen</i>	34	<i>gnp vitamin d super strength</i>	148	<i>haloperidol lactate</i>	121
<i>gnp ibuprofen childrens</i>	34	<i>gnp vitamin d3 extra strength</i>	148	<i>HARVONI</i>	47
<i>gnp ibuprofen infants</i>	34	<i>gnp vitamin d-400</i>	148	<i>HAVRIX</i>	31
<i>gnp infants pain/fever</i>	38	<i>gnp vitamin e</i>	148	<i>healthy eyes supervision 2</i>	148
<i>gnp iron</i>	91	<i>gnp womens gentle laxative</i>	84	<i>healthy eyes/lutein-zeaxanthin</i>	148
<i>gnp lice treatment</i>	164	<i>GOLD BOND ULTIMATE</i>		<i>healthy hair/skin/nails</i>	148
<i>gnp little ones childrens</i>	147	<i>HEALING</i>	166	<i>healthy kids gummies</i>	148
<i>gnp loperamide hcl</i>	79	<i>goodsense all day allergy</i>	100	<i>HEALTHYLAX</i>	84
<i>gnp loratadine</i>	100	<i>goodsense aller-ease</i>	100	<i>HEATHER</i>	68
<i>gnp loratadine childrens</i>	100	<i>goodsense allergy relief</i>	100	<i>h-e-b oral electrolyte</i>	132
<i>gnp lubricating plus eye drops</i>	96	<i>goodsense anti-diarrheal</i>	80	<i>HEMATEX</i>	91
<i>gnp magnesium oxide</i>	79	<i>goodsense arthritis pain</i>	38	<i>hematinic/folic acid</i>	91
<i>gnp melatonin</i>	129	<i>goodsense aspirin</i>	38	<i>HEMATOGEN FA</i>	91
<i>gnp melatonin maximum strength</i>	129	<i>goodsense aspirin low dose</i>	38	<i>HEMOCYTE PLUS</i>	91
<i>gnp miconazole 1</i>	87	<i>GOODSENSE CLEARLAX</i>	84	<i>heparin (porcine) in nacl</i>	88
<i>gnp miconazole 3</i>	87	<i>goodsense cough dm</i>	107	<i>heparin sod (porcine) in d5w</i>	88
<i>gnp miconazole 7</i>	87	<i>goodsense cough dm childrens</i>	107	<i>heparin sodium (porcine)</i>	89
<i>gnp milk of magnesia</i>	84	<i>goodsense electrolyte</i>	132	<i>heparin sodium (porcine) pf</i>	89
<i>gnp mineral oil</i>	84	<i>goodsense epsom salt</i>	84	<i>HEPLISAV-B</i>	31
<i>gnp mucus er</i>	107	<i>goodsense first aid antibiotic</i>	162	<i>HERCEPTIN</i>	16
<i>gnp mucus relief</i>	107	<i>goodsense ibuprofen</i>	34	<i>HERCEPTIN HYLECTA</i>	16
<i>gnp nasal decongestant</i>	107	<i>goodsense ibuprofen childrens</i>	34	<i>HERZUMA</i>	16
<i>gnp nasal decongestant pe</i>	107	<i>goodsense ibuprofen infants</i>	34	<i>HIBERIX</i>	31
<i>gnp nasal spray</i>	107	<i>goodsense lubricating eye drop</i>	96	<i>high potency multivitamin</i>	148
<i>gnp nasal spray extra moist</i>	107	<i>goodsense mineral oil</i>	84	<i>hm acetaminophen childrens</i>	38
<i>gnp nasal spray fast acting</i>	107	<i>goodsense mucus er</i>	107	<i>hm adult aspirin</i>	38
<i>gnp natural fiber</i>	84	<i>goodsense mucus er maximum str</i>	107	<i>hm all day allergy childrens</i>	100
<i>gnp nicotine</i>	127	<i>goodsense mucus relief child</i>	107	<i>hm allergy relief</i>	100

<i>hm allergy relief (cetirizine)</i>	100	<i>hydrocodone bit-homatrop mbr</i>	108	INSPIRACHAMBER/SMALL.....	103
<i>hm allergy relief/nasal decong</i>	108	<i>hydrocodone-acetaminophen</i>	35	INSPIREASE.....	103
<i>hm antacid</i>	79	<i>hydrocodone-ibuprofen</i>	35	INTEGRA.....	91
<i>hm antacid anti-gas ex st</i>	79	<i>hydrocortisone</i>	76, 82, 164	INTEGRA F.....	91
<i>hm antiseptic skin cleanser</i>	166	<i>hydrocortisone (perianal)</i>	166	INTEGRA PLUS.....	91
<i>hm arthritis pain relief</i>	38	<i>hydromet</i>	108	INTELENCE.....	40
<i>hm aspirin</i>	38	<i>hydromorphone hcl</i>	35	INTELISWAB COVID-19 RAPID	
<i>hm aspirin ec low dose</i>	38	<i>hydrous emulsified base</i>	59	TEST.....	45
<i>hm bacitracin zinc</i>	162	<i>hydroxocobalamin acetate</i>	148	INTRALIPID.....	139
<i>hm biotin</i>	148	<i>hydroxychloroquine sulfate</i>	30	INTROVALE.....	68
<i>hm calcium citrate+d3 petite</i>	136	<i>hydroxyurea</i>	25	INVEGA HAFYERA.....	122
<i>hm cetirizine hcl</i>	100	<i>hydroxyzine hcl</i>	100	INVEGA SUSTENNA.....	122
HM CLEARLAX.....	84	<i>hydroxyzine pamoate</i>	100	INVEGA TRINZA.....	122
<i>hm cough dm</i>	108	HYSINGLA ER.....	36	IPOL.....	32
<i>hm dry eye relief</i>	96	<i>ibandronate sodium</i>	77	<i>ipratropium bromide</i>	98
<i>hm enema</i>	85	IBRANCE.....	16, 17	<i>ipratropium-albuterol</i>	101
<i>hm gas relief</i>	81	IBU.....	34	<i>irbesartan</i>	52
<i>hm gas relief infants drops</i>	81	<i>ibuprofen</i>	34	<i>irbesartan-hydrochlorothiazide</i>	56
<i>hm gentle laxative</i>	85	<i>ibuprofen childrens</i>	34	<i>irinotecan hcl</i>	25
<i>hm ibuprofen</i>	34	<i>ibuprofen junior strength</i>	34	<i>iron</i>	91
<i>hm ibuprofen childrens</i>	34	ICAPS.....	148	<i>iron 27</i>	91
<i>hm laxative</i>	85	ICAPS LUTEIN & OMEGA-3.....	148	<i>iron chews pediatric</i>	91
<i>hm lidocaine patch</i>	166	ICAPS LUTEIN & ZEAXANTHIN...	148	<i>iron high-potency</i>	91
<i>hm loratadine</i>	100	<i>icatibant acetate</i>	89	<i>iron slow release</i>	92
<i>hm loratadine childrens</i>	100	ICLEVIA.....	68	<i>iron supplement</i>	92
<i>hm lubricating tears</i>	96	ICLUSIG.....	17	IRON UP.....	92
<i>hm milk of magnesia</i>	85	IDACIO (2 PEN).....	27	IS-D 10,000.....	148
<i>hm nasal decongestant 12 hour</i>	108	IDACIO (2 SYRINGE).....	27	ISENTRESS.....	40
<i>hm nasal decongestant pe</i>	108	IDACIO-CROHNS/UC STARTER....	27	ISENTRESS HD.....	40
<i>hm nicotine</i>	127	IDACIO-PSORIASIS STARTER.....	27	ISIBLOOM.....	68
<i>hm nicotine polacrilex</i>	127	IDHIFA.....	17	ISOLYTE-P IN D5W.....	130
<i>hm nose drops</i>	108	IHEALTH COVID-19 RAPID TEST..	45	ISOLYTE-S.....	130
<i>hm pain reliever</i>	38	<i>imatinib mesylate</i>	17	ISOLYTE-S PH 7.4.....	130
<i>hm petroleum jelly</i>	59	IMBRUVICA.....	17	<i>isoniazid</i>	42
<i>hm senna</i>	85	<i>imipenem-cilastatin</i>	45	<i>isosorbide dinitrate</i>	59
<i>hm stomach relief ultra</i>	80	<i>imipramine hcl</i>	119	<i>isosorbide mononitrate</i>	59
<i>hm stool softener</i>	85	<i>imiquimod</i>	166	<i>isosorbide mononitrate er</i>	59
<i>hm stool softener/laxative</i>	85	<i>immune support</i>	148	<i>isotretinoin</i>	161
<i>hm triple antibiotic</i>	162	IMMUNERX.....	148	<i>isradipine</i>	55
<i>hm triple antibiotic max st</i>	162	IMOVAX RABIES.....	31	<i>itch relief extra strength</i>	166
<i>hm vitamin b-12</i>	148	INBRIJA.....	117	<i>itraconazole</i>	43
<i>hm vitamin c</i>	148	INCASSIA.....	68	<i>ivermectin</i>	45
HONEY BEARS W/IRON-ZINC.....	148	INCRELEX.....	74	IWILFIN.....	25
HUMIRA (2 PEN).....	27	INCRUSE ELLIPTA.....	98	IXCHIQ.....	32
HUMIRA (2 SYRINGE).....	27	<i>indapamide</i>	57	IXIARO.....	32
HUMIRA-CD/UC/HS STARTER.....	27	INDICAID COVID-19 RAPID TEST..	45	JAKAFI.....	17
HUMIRA-PED>=40KG UC		INFANRIX.....	31	JANTOVEN.....	89
STARTER.....	27	<i>infants ibuprofen</i>	34	JANUMET.....	63
HUMIRA-PSORIASIS/UVEIT		INFED.....	91	JANUMET XR.....	63
STARTER.....	27	<i>infliximab</i>	28	JANUVIA.....	63
HUMULIN R U-500		INFUVITE ADULT.....	148	JARDIANCE.....	63
(CONCENTRATED).....	65	INFUVITE PEDIATRIC.....	148	JASMIEL.....	68
HUMULIN R U-500 KWIKPEN.....	65	INJECTAFER.....	91	JAVYGTOR.....	74
HYCODAN.....	108	INLYTA.....	17	JAYPIRCA.....	17
<i>hydralazine hcl</i>	58	INQOVI.....	25	JENTADUETO.....	63
HYDRALYTE.....	132	INREBIC.....	17	JENTADUETO XR.....	63
HYDRASYN25.....	166	INSPIRACHAMBER/LARGE.....	103	JINTELI.....	75
<i>hydrochlorothiazide</i>	57	INSPIRACHAMBER/MEDIUM.....	103	JOLESSA.....	68
<i>hydrocod poli-chlorphe poli er</i>	108	INSPIRACHAMBER/MOUTHPIEC		JULEBER.....	68
<i>hydrocodone bitartrate er</i>	36	E.....	103	JULUCA.....	42

JUNEL 1.5/30.....	68	<i>kp calcium 600+d.....</i>	136	<i>levetiracetam.....</i>	114, 126
JUNEL 1/20.....	68	<i>kp calcium citrate+d.....</i>	136	<i>levetiracetam er.....</i>	114
JUNEL FE 1.5/30.....	68	<i>kp calcium-magnesium-zinc.....</i>	136	<i>levetiracetam in nacl.....</i>	126
JUNEL FE 1/20.....	68	<i>kp ferrous gluconate.....</i>	92	<i>levobunolol hcl.....</i>	94
JUNEL FE 24.....	68	<i>kp ferrous sulfate.....</i>	92	<i>levocarnitine.....</i>	74
<i>just 4 kidz multivit/probiotic.....</i>	148	<i>kp folic acid.....</i>	149	<i>levocetirizine dihydrochloride.....</i>	100
JYLAMVO.....	30	<i>kp mag-oxide magnesium.....</i>	136	<i>levofloxacin.....</i>	50
JYNNEOS.....	32	<i>kp melatonin.....</i>	129	<i>levofloxacin in d5w.....</i>	50
KADCYLA.....	17	<i>kp niacin.....</i>	149	LEVONEST.....	69
KAITLIB FE.....	69	<i>kp prenatal multivitamins.....</i>	149	<i>levonorgest-eth est & eth est.....</i>	69
KALYDECO.....	103	<i>kp vitamin b-12.....</i>	149	<i>levonorgest-eth estrad 91-day.....</i>	69
KANJINTI.....	17	<i>kp vitamin b-6.....</i>	149	<i>levonorgestrel-ethinyl estrad.....</i>	69
KARIVA.....	69	<i>kp vitamin d.....</i>	149	<i>levonorg-eth estrad triphasic.....</i>	69
<i>kcl (0.149%) in nacl.....</i>	130	<i>kp vitamin d3.....</i>	149	LEVORA 0.15/30 (28).....	69
<i>kcl in dextrose-nacl.....</i>	130	KRAZATI.....	18	LEVO-T.....	61
KELNOR 1/35.....	69	KURVELO.....	69	<i>levothyroxine sodium.....</i>	61
KELNOR 1/50.....	69	<i>labetalol hcl.....</i>	54	LEVOXYL.....	61
KERADAN.....	166	LAC-HYDRIN FIVE.....	166	LEXIVA.....	41
KERENDIA.....	52	<i>lacosamide.....</i>	114, 126	<i>l-glutamine.....</i>	89
KERR TRIPLE DYE SWABS.....	166	<i>lactated ringers.....</i>	130	LIBERVANT.....	114
KESIMPTA.....	126	<i>lactulose.....</i>	85	<i>lice killing.....</i>	164
<i>ketoconazole.....</i>	43, 160, 163	<i>lactulose encephalopathy.....</i>	85	<i>lice killing maximum strength.....</i>	164
KETO-DIASTIX.....	74	<i>lamivudine.....</i>	40, 47	<i>lice treatment creme rinse.....</i>	164
<i>ketorolac tromethamine.....</i>	95	<i>lamivudine-zidovudine.....</i>	42	<i>lidocaine.....</i>	162
KEVZARA.....	28	<i>lamotrigine.....</i>	114	<i>lidocaine hcl.....</i>	40, 162
KEYTRUDA.....	17	<i>lamotrigine er.....</i>	114	<i>lidocaine hcl (pf).....</i>	40
<i>kimono.....</i>	69	<i>lanreotide acetate.....</i>	74	<i>lidocaine pain relief.....</i>	166
KIMONO COLORS.....	69	<i>lansoprazole.....</i>	83	<i>lidocaine pain relieving.....</i>	166
KIMONO MAXX-LARGE FLARE.....	69	<i>lanthanum carbonate.....</i>	60, 61	<i>lidocaine viscous hcl.....</i>	159
<i>kimono micro thin.....</i>	69	LANTUS.....	65	<i>lidocaine-prilocaine.....</i>	162
<i>kimono micro thin plus.....</i>	69	LANTUS SOLOSTAR.....	65	LIDOCAN.....	162
<i>kimono plus.....</i>	69	<i>lapatinib ditosylate.....</i>	18	<i>linezolid.....</i>	45
<i>kimono sensation.....</i>	69	LARIN 1.5/30.....	69	<i>linezolid in sodium chloride.....</i>	45
<i>kimono sensation plus.....</i>	69	LARIN 1/20.....	69	LINZESS.....	81
KIMONO SPECIAL.....	69	LARIN 24 FE.....	69	<i>liothyronine sodium.....</i>	61
KINDERLYTE.....	132	LARIN FE 1.5/30.....	69	<i>liquid acetaminophen.....</i>	38
KINDERLYTE PREMAX.....	132	LARIN FE 1/20.....	69	<i>liquid allergy relief.....</i>	100
KINRIX.....	32	<i>latanoprost.....</i>	94	<i>lisinopril.....</i>	59
KIONEX.....	62	<i>laxative max str.....</i>	85	<i>lisinopril-hydrochlorothiazide.....</i>	57
KISQALI (200 MG DOSE).....	17	<i>laxative regular strength.....</i>	85	<i>lithium.....</i>	124
KISQALI (400 MG DOSE).....	17	LAYOLIS FE.....	69	<i>lithium carbonate.....</i>	124
KISQALI (600 MG DOSE).....	18	<i>leader finger cream.....</i>	166	<i>lithium carbonate er.....</i>	124
KISQALI FEMARA (200 MG DOSE).....	25	LEENA.....	69	<i>l-methylfolate calcium.....</i>	149
KISQALI FEMARA (400 MG DOSE).....	25	<i>leflunomide.....</i>	30	<i>l-methyl-mc.....</i>	149
KISQALI FEMARA (600 MG DOSE).....	25	<i>lenalidomide.....</i>	26	LOESTRIN 1.5/30 (21).....	69
KLAYESTA.....	160	LENVIMA (10 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN 1/20 (21).....	70
KLOR-CON.....	131	LENVIMA (12 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN FE 1.5/30.....	70
KLOR-CON 10.....	131	LENVIMA (14 MG DAILY DOSE) ...	18	LOESTRIN FE 1/20.....	70
KLOR-CON M10.....	131	LENVIMA (18 MG DAILY DOSE) ...	18	<i>lohist-dm.....</i>	108
KLOR-CON M15.....	131	LENVIMA (20 MG DAILY DOSE) ...	18	LOKELMA.....	62
KLOR-CON M20.....	131	LENVIMA (24 MG DAILY DOSE) ...	18	LOMAIRA.....	77
<i>kobee.....</i>	148	LENVIMA (4 MG DAILY DOSE).....	18	LONSURF.....	25
<i>konsyl daily fiber.....</i>	85	LENVIMA (8 MG DAILY DOSE).....	18	<i>loperamide hcl.....</i>	80, 81
KORLYM.....	74	LESSINA.....	69	<i>lopinavir-ritonavir.....</i>	42
KOSELUGO.....	18	<i>letrozole.....</i>	23	<i>loratadine.....</i>	100
KOURZEQ.....	159	<i>leucovorin calcium.....</i>	24	<i>loratadine childrens.....</i>	100
<i>kp b complex-c.....</i>	149	LEUKERAN.....	14	<i>loratadine-d 12hr.....</i>	108
		<i>leuprolide acetate.....</i>	23	<i>loratadine-d 24hr.....</i>	108
		<i>levalbuterol hcl.....</i>	98	<i>lorazepam.....</i>	118
		<i>levalbuterol tartrate.....</i>	98	LORAZEPAM INTENSOL.....	118

LORBRENA.....	18	MAR-COF CG EXPECTORANT	108	metoclopramide hcl.....	80
LORYNA.....	70	marlissa.....	70	metolazone.....	57
losartan potassium.....	52	MARPLAN.....	119	metoprolol succinate er.....	55
losartan potassium-hctz.....	56	MATULANE.....	25	metoprolol tartrate.....	55
LOTEMAX.....	95	MAVYRET.....	47	metoprolol-hydrochlorothiazide.....	54
loteprednol etabonate.....	95	MAXIFED.....	108	metronidazole.....	45, 87, 166
lovastatin.....	54	MAXIMUM D3.....	149	metyrosine.....	58
LOW-OGESTREL.....	70	maxi-tuss ac.....	108	mgo.....	136
loxapine succinate.....	122	maxi-tuss cd.....	108	MIBELAS 24 FE.....	70
lubricant eye drops.....	96	maxi-tuss g.....	108	micafungin sodium.....	43
lubricating eye drops.....	96	maxi-tuss gmx.....	108	miconazole 3 combo-supp.....	87
lubricating plus eye drops.....	96	maxx.....	70	miconazole 7.....	87
lubricating tears eye drops.....	96	maxx plus.....	70	miconazole nitrate.....	87, 160
LUCIRA CHECK IT COVID-19		m-clear wc.....	109	MICROCHAMBER.....	103
TEST.....	45	m-dryl.....	100	microderm base.....	59
LUMAKRAS.....	18	meclizine hcl.....	80	MICROGESTIN 1.5/30.....	70
LUMIGAN.....	94	medroxyprogesterone acetate ...	70, 77	MICROGESTIN 1/20.....	70
LUMIZYME.....	74	mefloquine hcl.....	46	MICROGESTIN 24 FE.....	70
LUPRON DEPOT (1-MONTH).....	23	megestrol acetate.....	24, 77	MICROGESTIN FE 1.5/30.....	70
LUPRON DEPOT (3-MONTH).....	24	meijer c.....	149	MICROGESTIN FE 1/20.....	70
LUPRON DEPOT-PED (1-MONTH).....	74	meijer ibuprofen.....	34	MICROSOME BASE.....	60
LUPRON DEPOT-PED (3-MONTH).....	74	MEKINIST.....	19	MICROSPACER.....	103
LUPRON DEPOT-PED (6-MONTH).....	74	MEKTOVI.....	19	midodrine hcl.....	58
lurasidone hcl.....	122	melatonin.....	59, 129	MIEBO.....	96
LUTERA.....	70	melatonin maximum strength.....	129	mifepristone.....	74
LYLEQ.....	70	meloxicam.....	34	miglustat.....	74
LYLLANA.....	76	memantine hcl.....	118	MILI.....	70
LYNPARZA.....	18	memantine hcl er.....	118	milk of magnesia.....	85
LYSIPLEX PLUS.....	149	MENACTRA.....	32	MIMVEY.....	76
LYSODREN.....	24	M-END PE.....	109	mineral oil.....	85
LYTGObi (12 MG DAILY DOSE).....	18	MENQUADFI.....	32	minocycline hcl.....	52
LYTGObi (16 MG DAILY DOSE).....	18	mens 50+ advanced.....	149	minoxidil.....	58
LYTGObi (20 MG DAILY DOSE).....	19	mens daily formula/lycopene.....	149	mintox maximum strength.....	79
LYZA.....	70	mens multivitamin.....	149	MINTOX PLUS.....	79
MACULAR HEALTH FORMULA.....	149	MENVEO.....	32	MIRALAX.....	85
MAG64.....	136	mercaptopurine.....	25	mirtazapine.....	119
mag-al plus.....	79	MERIBIN.....	149	misoprostol.....	82
mag-al plus xs.....	79	meropenem.....	45	MITIGARE.....	40
MAGDELAY.....	136	mesalamine.....	82	M-M-R II.....	32
mag-g.....	136	mesalamine er.....	82	m-natal plus.....	131
MAGNEBIND 300.....	136	mesalamine-cleanser.....	82	modafinil.....	126
MAGNEBIND 400.....	136	MESNEX.....	24	moexipril hcl.....	59
magnesium.....	136	METAFOLBIC PLUS.....	149	moisturizing cream.....	167
magnesium gluconate.....	136	metformin hcl.....	63	molindone hcl.....	122
magnesium lactate.....	136	metformin hcl er.....	63	mometasone furoate.....	164
magnesium oxide.....	79	methadone hcl.....	36	MONISTAT 7 COMBO PACK APP..	87
magnesium oxide -mg supplement		METHADONE HCL INTENSOL.....	36	MONJUVI.....	19
.....	79, 136	methazolamide.....	57	MONOFERRIC.....	92
magnesium sulfate.....	130	methenamine hippurate.....	45	MONO-LINYAH.....	70
magnesium sulfate in d5w.....	130	methimazole.....	61	montelukast sodium.....	105
MAGNESIUM-OXIDE.....	136	methocarbamol.....	117	MOOD FOOD ES.....	149
MAGOX 400.....	136	methotrexate sodium.....	25, 31	morphine sulfate.....	35
MAG-OXIDE.....	136	methotrexate sodium (pf).....	25	morphine sulfate (concentrate).....	35
malathion.....	164	methsuximide.....	114	morphine sulfate (pf).....	35
manganese chloride.....	136	methylphenidate hcl.....	129	morphine sulfate er.....	36
mapap.....	38	methylphenidate hcl er.....	129	MOUNJARO.....	64
mapap arthritis pain.....	38	methylprednisolone.....	76	MOVANTIK.....	82
MAPAP CHILDRENS.....	38	methylprednisolone acetate.....	76	moxifloxacin hcl.....	50, 95
maraviroc.....	41	methylprednisolone sodium succ.....	76	moxifloxacin hcl in nacl.....	50
MAR-COF BP.....	108	methyltestosterone.....	62	m-pap.....	39

MUCINEX.....	109	<i>mupirocin</i>	162	NEUPRO.....	117
MUCINEX CHILDRENS		MURO 128.....	96	NEUTROGENA HAND.....	167
FREEFROM.....	109	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>nevirapine</i>	41
MUCINEX CHILDRENS STUFFY			150	<i>nevirapine er</i>	41
NOSE.....	109	MVW COMPLETE FORMULATION		NEXAVAR.....	19
MUCINEX COUGH CHILDRENS..	109	D3000.....	150	NEXLETOL.....	53
MUCINEX DM.....	109	MVW COMPLETE FORMULATION		NEXLIZET.....	53
MUCINEX FAST-MAX CHEST		D5000.....	150	<i>niacin</i>	151
CONG MS.....	109	MVW COMPLETE FORMULATION		<i>niacin er</i>	151
MUCINEX FAST-MAX CONGEST		MINIS.....	150	<i>niacin er (antihyperlipidemic)</i>	53
COUGH.....	109	<i>mycophenolate mofetil</i>	30	<i>niacinamide</i>	151
MUCINEX FAST-MAX DM MAX....	109	<i>mycophenolate sodium</i>	30	<i>nicardipine hcl</i>	55
MUCINEX FREEFROM SEV		MYRBETRIQ.....	87	NICODERM CQ.....	127
CNGST/CGH.....	109	<i>na ferric gluc cplx in sucrose</i>	92	NICOMIDE.....	151
MUCINEX MAXIMUM STRENGTH	109	<i>na sulfate-k sulfate-mg sulf</i>	85	<i>nicotine</i>	128
MUCINEX SINUS-MAX CLEAR &		<i>nabumetone</i>	34	<i>nicotine mini</i>	127
COOL.....	109	<i>nadolol</i>	55	<i>nicotine polacrilex</i>	128
<i>mucus & chest congestion</i>	109	<i>nafacillin sodium</i>	51	<i>nicotine polacrilex mini</i>	127
<i>mucus relief</i>	109	NAGLAZYME.....	74	<i>nicotine step 1</i>	128
<i>mucus relief childrens</i>	109	<i>nalbuphine hcl</i>	35	<i>nicotine step 2</i>	128
<i>mucus relief cough childrens</i>	109	<i>naloxone hcl</i>	127	<i>nicotine step 3</i>	128
<i>mucus relief dm</i>	109	<i>naltrexone hcl</i>	127	NICOTROL.....	128
<i>mucus relief dm max</i>	109	NAMZARIC.....	118	NICOTROL NS.....	128
<i>mucus relief er</i>	109	NAPHCON-A.....	93	<i>nifedipine er</i>	55
<i>mucus relief max st</i>	109	<i>naproxen</i>	34	<i>nifedipine er osmotic release</i>	55
MULTAQ.....	53	<i>naproxen dr</i>	34	NIFEREX.....	92
<i>multi + omega-3 adult gummies</i>	149	<i>naproxen sodium</i>	34	NIKKI.....	70
<i>multi adult gummies</i>	149	<i>naratriptan hcl</i>	124	<i>nilutamide</i>	24
<i>multi for her</i>	149	<i>nasal decongestant</i>	109	<i>nimodipine</i>	56
<i>multi for her 50+</i>	149	<i>nasal decongestant pe</i>	109	NINJACOF-XG.....	110
<i>multi vitamin</i>	149	<i>nasal decongestant spray</i>	110	NINLARO.....	19
<i>multi vitamin w/d-3</i>	149	<i>nasal four</i>	110	<i>nitazoxanide</i>	45
MULTIGEN.....	92	<i>nasal relief</i>	110	<i>nitisinone</i>	74
MULTIGEN PLUS.....	92	<i>nasal spray 12 hour</i>	110	NITRO-BID.....	59
<i>multiple electro type 1 ph 5.5</i>	130	<i>nasal spray extra moisturizing</i>	110	<i>nitrofurantoin macrocrystal</i>	45
<i>multiple electro type 1 ph 7.4</i>	130	NASCOBAL.....	150	<i>nitrofurantoin monohyd macro</i>	45
<i>multiple vitamins</i>	149	NATACYN.....	95	<i>nitroglycerin</i>	59, 167
<i>multiple vitamins essential</i>	149	<i>nateglinide</i>	64	NIVA-FOL.....	151
<i>multiple vitamins/iron</i>	149	NATPARA.....	77	NIVANEX DMX.....	110
<i>multipro</i>	149	<i>natural c/rose hips</i>	150	<i>nizatidine</i>	78
<i>multi-vit/iron/fluoride</i>	149	<i>natural psyllium seed</i>	85	<i>no drip nasal spray</i>	110
<i>multivitamin</i>	150	<i>natural vitamin d-3</i>	151	<i>nohist-dm</i>	110
<i>multi-vitamin</i>	150	NAYZILAM.....	114	NORA-BE.....	70
<i>multivitamin & mineral</i>	149	<i>nebivolol hcl</i>	55	<i>norelgestromin-eth estradiol</i>	70
<i>multivitamin adult</i>	149	NECON 0.5/35 (28).....	70	<i>norethin ace-eth estrad-fe</i>	70
<i>multivitamin childrens</i>	150	<i>nefazodone hcl</i>	119	<i>norethindrone</i>	71
<i>multivitamin childrens (w/ fa)</i>	149	<i>neomycin sulfate</i>	45	<i>norethindrone acetate</i>	77
<i>multivitamin childrens gummies</i>	150	<i>neomycin-bacitracin zn-polymyx</i>	95	<i>norethindrone acet-ethinyl est</i>	70
<i>multi-vitamin gummies</i>	150	<i>neomycin-polymyxin-dexameth</i>	94	<i>norethindrone-eth estradiol</i>	76
<i>multivitamin gummies adult</i>	150	<i>neomycin-polymyxin-gramicidin</i>	95	<i>norethindron-ethinyl estrad-fe</i>	71
<i>multivitamin gummies mens</i>	150	<i>neomycin-polymyxin-hc</i>	94, 98	<i>norethin-eth estradiol-fe</i>	71
<i>multivitamin gummies womens</i>	150	NEO-POLYCIN.....	95	<i>norgestimate-eth estradiol</i>	71
<i>multivitamin infant & toddler</i>	150	NEO-POLYCIN HC.....	94	<i>norgestim-eth estrad triphasic</i>	71
<i>multivitamin/fluoride</i>	150	NEOQ10.....	129	NORLYROC.....	71
<i>multi-vitamin/fluoride</i>	150	NEPHPLEX RX.....	151	NORPACE CR.....	53
<i>multi-vitamin/fluoride/iron</i>	150	<i>nephro vitamins</i>	151	NORTREL 0.5/35 (28).....	71
<i>multi-vitamin/iron</i>	150	NEPHRON FA.....	92	NORTREL 1/35 (21).....	71
<i>multivitamins plus iron child</i>	150	NEPHRO-VITE.....	151	NORTREL 1/35 (28).....	71
<i>multi-vite</i>	150	NERLYNX.....	19	NORTREL 7/7/7.....	71
<i>multivit-min gummies childrens</i>	150	<i>neti pot sinus wash</i>	103	<i>nortriptyline hcl</i>	120

NORVIR.....	41	OMNIPOD DASH INTRO (GEN 4) ..	66	ORGOVYX.....	24
<i>norwegian cod liver oil</i>	151	OMNIPOD DASH PODS (GEN 4) ...	66	ORKAMBI.....	103, 104
NOVAFERRUM.....	92	OMNIPOD GO.....	66	ORSERDU.....	24
NOVAFERRUM PEDIATRIC		ON/GO COVID-19 ANTIGEN TEST	45	OS-CAL.....	137
DROPS.....	92	ON/GO ONE COVID-19 HOME		OS-CAL CALCIUM + D3.....	136
NOVOLIN 70/30.....	65	TEST.....	45	OS-CAL EXTRA D3.....	137
NOVOLIN 70/30 FLEXPEN.....	65	<i>ondansetron</i>	81	<i>oseltamivir phosphate</i>	47
NOVOLIN N.....	65	<i>ondansetron hcl</i>	80, 81	OTEZLA.....	28
NOVOLIN N FLEXPEN.....	65	ONE DAILY ESSENTIAL.....	151	<i>oxacillin sodium</i>	51
NOVOLIN R.....	65	<i>one daily multivitamin adult</i>	151	<i>oxaliplatin</i>	14
NOVOLIN R FLEXPEN.....	65	<i>one daily multivitamin/iron</i>	151	<i>oxcarbazepine</i>	114
NOVOLOG MIX 70/30.....	66	ONE-A-DAY ESSENTIAL.....	151	<i>oxybutynin chloride</i>	87, 88
NOVOLOG MIX 70/30 FLEXPEN....	65	ONE-A-DAY FOR HER		<i>oxybutynin chloride er</i>	87
NUBEQA.....	24	VITACRAVES.....	151	<i>oxycodone hcl</i>	35, 36
NUDEXTA.....	124	ONE-A-DAY FOR HIM		<i>oxycodone-acetaminophen</i>	36
NUFERA.....	92	VITACRAVES.....	151	OXYCONTIN.....	36
NU-IRON.....	92	ONE-A-DAY JOLLY RANCHER....	151	OYSCO 500+D.....	137
NULOJIX.....	30	ONE-A-DAY MENS.....	151	<i>oyster shell calcium</i>	137
NU-MAG.....	136	ONE-A-DAY MENS VITACRAVES	151	<i>oyster shell calcium + d</i>	137
NUPLAZID.....	122	ONE-A-DAY VITACRAVES.....	151	<i>oyster shell calcium + d3</i>	137
NURTEC.....	124	ONE-A-DAY VITACRAVES ADULT		<i>oyster shell calcium plus d</i>	137
NUTRADERM.....	167		151	<i>oyster shell calcium w/d</i>	137
NUTRILIPID.....	139	ONE-A-DAY VITACRAVES		<i>oyster shell calcium/d</i>	137
NUZYRA.....	52	IMMUNITY.....	151	<i>oyster shell calcium/d3</i>	137
NYAMYC.....	160	ONE-A-DAY VITACRAVES SOUR	151	<i>oyster shell calcium/vit d3</i>	137
NYLIA 1/35.....	71	ONE-A-DAY		<i>oyster shell calcium/vitamin d</i>	137
NYLIA 7/7/7.....	71	VITACRAVES+OMEGA-3.....	152	OZEMPIC (0.25 OR 0.5	
NYMALIZE.....	56	ONE-A-DAY WOMENS		MG/DOSE).....	64
NYMYO.....	71	VITACRAVES.....	152	OZEMPIC (1 MG/DOSE).....	64
<i>nystatin</i>	43, 159, 160	<i>one-daily multi caps</i>	152	OZEMPIC (2 MG/DOSE).....	64
NYSTOP.....	160	<i>one-daily multi vitamins</i>	152	PACERONE.....	53
OCELLA.....	71	<i>one-daily multi-vitamin</i>	152	<i>paclitaxel</i>	26
OCTAGAM.....	29	<i>one-daily multi-vitamin/iron</i>	152	<i>paclitaxel protein-bound part</i>	26
<i>octreotide acetate</i>	74	<i>one-daily/iron</i>	152	<i>pain & fever childrens</i>	39
OCUVITE ADULT 50+.....	151	ONTRUZANT.....	19	<i>pain & fever infants</i>	39
OCUVITE ADULT FORMULA.....	151	ONUREG.....	25	<i>pain relief</i>	39
OCUVITE EYE HEATLH		OPCON-A.....	93	<i>pain relief extra strength</i>	39
GUMMIES.....	151	OPSUMIT.....	58	<i>pain relief regular strength</i>	39
OCUVITE-LUTEIN.....	151	OPTICHAMBER DIAMOND.....	103	<i>paliperidone er</i>	122
ODEFSEY.....	42	OPTICHAMBER DIAMOND-LG		<i>pamidronate disodium</i>	77
ODOMZO.....	19	MASK.....	103	<i>pan-c 500/bioflavonoids</i>	152
OFEV.....	103	OPTICHAMBER DIAMOND-MD		PANRETIN.....	167
<i>ofloxacin</i>	95, 98	MASK.....	103	<i>pantoprazole sodium</i>	83
OGIVRI.....	19	OPTICHAMBER DIAMOND-SM		PANZYGA.....	29
OGSIVEO.....	19	MASK.....	103	PARAPLATIN.....	14
OJEMDA.....	19	OPTIFAST POST BARIATRIC.....	152	<i>paricalcitol</i>	62
OJJAARA.....	19	OPTIMAL D3 M.....	152	<i>paroxetine hcl</i>	120
<i>olanzapine</i>	122	OPTISOURCE POST BARIATRIC		PAXLOVID (150/100).....	47
<i>olmesartan medoxomil</i>	52	SURG.....	152	PAXLOVID (300/100).....	47
<i>olmesartan medoxomil-hctz</i>	56	OPURITY BYPASS OPTIMIZED ...	152	<i>pazopanib hcl</i>	19
<i>olmesartan-amlodipine-hctz</i>	56	<i>oral electrolytes</i>	132	<i>pc pediatric poly-vitalfe drop</i>	152
<i>omega-3-acid ethyl esters</i>	53	<i>oral suspend</i>	60	<i>pc pediatric poly-vitamin drop</i>	152
<i>omeprazole</i>	83	ORALYTE.....	132	PCCA BASE 7542.....	60
<i>omnicap</i>	151	ORAPENN SD ANHYD		PCCA EMOLLIENT CREAM BASE	60
OMNIPOD 5 G6 INTRO (GEN 5).....	66	SWEETENED.....	60	<i>ped electrolyte freeze pops</i>	132
OMNIPOD 5 G6 PODS (GEN 5).....	66	ORAPENN SD ANHYD		<i>ped electrolyte freezer pops</i>	132
OMNIPOD 5 G7 INTRO (GEN 5).....	66	UNSWEETEN.....	60	PEDIA VANCE.....	132
OMNIPOD 5 G7 PODS (GEN 5).....	66	ORA-PLUS.....	60	PEDIA-LAX.....	85
OMNIPOD CLASSIC PODS (GEN		ORASEP.....	159	PEDIALYTE.....	132
3).....	66	ORAZINC.....	136	PEDIALYTE ADVANCED CARE ...	132

PEDIALYTE FREEZER POPS	132	<i>pilocarpine hcl</i>	94, 159	<i>prenatal</i>	132, 152
PEDIALYTE SINGLES	132	PILOT COVID-19 AT-HOME TEST .	45	<i>prenatal 19</i>	152
PEDIARIX	32	<i>pimozide</i>	122	<i>prenatal one daily</i>	152
<i>pediatric electrolyte</i>	132	PIMTREA	71	<i>prenatal vitamin and mineral</i>	152
PEDVAX HIB	32	<i>pindolol</i>	55	<i>prenatal vitamins</i>	152
<i>peg 3350</i>	85	<i>pioglitazone hcl</i>	64	<i>prenatal/iron</i>	152
<i>peg 3350-kcl-na bicarb-nacl</i>	85	<i>pioglitazone hcl-metformin hcl</i>	64	PRESERVISION AREDS	153
<i>peg-3350/electrolytes</i>	85	<i>piperacillin sod-tazobactam so</i>	51	PRESERVISION AREDS 2	153
PEGASYS	47	PIQRAY (200 MG DAILY DOSE)	20	PRESERVISION/LUTEIN	153
PEMAZYRE	19	PIQRAY (250 MG DAILY DOSE)	20	PRETTY FEET/HANDS	167
<i>pemetrexed disodium</i>	25	PIQRAY (300 MG DAILY DOSE)	20	PREVALITE	53
PENBRAYA	32	<i>pirfenidone</i>	104	PREVYMIS	47
<i>penicillamine</i>	62	<i>piroxicam</i>	34	PREZCOBIX	42
<i>penicillin g pot in dextrose</i>	51	<i>plain niacin</i>	152	PREZISTA	41
<i>penicillin g potassium</i>	51	PLASMA-LYTE 148	130	PRIFTIN	42
<i>penicillin g sodium</i>	51	PLASMA-LYTE A	130	<i>primaquine phosphate</i>	46
<i>penicillin v potassium</i>	51	PLENAMINE	139	<i>primidone</i>	115
PEN-KERA	167	PLENVU	85	PRIORIX	32
PENTACEL	32	POCKET CHAMBER	104	PRIVIGEN	29
<i>pentamidine isethionate</i>	45	POCKET SPACER	104	<i>pro comfort spacer adult</i>	104
<i>pentoxifylline er</i>	89	<i>podofilox</i>	167	<i>pro comfort spacer child</i>	104
PENTRAVAN	167	POLYCIN	95	<i>pro comfort spacer infant</i>	104
PENTRAVAN PLUS	167	<i>polyethylene glycol 3350</i>	60, 85	<i>probenecid</i>	40
PERIDIN-C	152	POLY-IRON 150	92	<i>procare spacer/adult mask</i>	104
<i>perindopril erbumine</i>	59	<i>polymyxin b-trimethoprim</i>	95	<i>procare spacer/child mask</i>	104
PERIOGARD	159	<i>polysaccharide iron complex</i>	92	<i>prochlorperazine</i>	81
PERIOMED	159	<i>polysaccharide-iron complex</i>	92	<i>prochlorperazine edisylate</i>	81
<i>permethrin</i>	164	<i>poly-tussin ac</i>	110	<i>prochlorperazine maleate</i>	81
<i>perphenazine</i>	122	POLY-VENT IR	110	PROCRIT	90
PERSERIS	122	<i>polyvinyl alcohol</i>	96	PROCTOCORT	167
<i>petrolatum</i>	60	POLY-VI-SOL	152	PROCTO-MED HC	167
<i>petroleum jelly</i>	60	POLY-VI-SOL/IRON	152	PROCTOSOL HC	167
PFCB	60	<i>poly-vita</i>	152	PROCTOZONE-HC	167
PFIZERPEN	51	<i>poly-vitaliron</i>	152	<i>progesterone</i>	77
<i>pharbedryl</i>	100	<i>poly-vite pediatric</i>	152	PROGRAF	30
PHARBETOL	39	<i>poly-viteliron</i>	152	PROLASTIN-C	104
PHARBETOL EXTRA STRENGTH .	39	POMALYST	26	PROLENSA	96
PHARMABASE ANTIOXIDANT	60	PORTIA-28	71	PROLIA	77
PHARMABASE COSMETIC	60	<i>posaconazole</i>	43	PROMACTA	89, 90
PHARMABASE COSMETIC		<i>potassium chloride</i>	131, 132	<i>promethazine hcl</i>	81
NATURAL	60	<i>potassium chloride crys er</i>	131	<i>promethazine vcl/codeine</i>	110
PHARMABASE LIGHT	60	<i>potassium chloride er</i>	132	<i>promethazine-codeine</i>	110
PHARMABASE VAGINAL	60	<i>potassium chloride in nacl</i>	131	<i>promethazine-dm</i>	110
<i>pharmacist choice d-vitamin</i>	152	<i>potassium citrate er</i>	88	PRONUTRIENTS CALCIUM+D3	137
PHAZYME MAXIMUM STRENGTH	82	<i>potassium cl in dextrose 5%</i>	131	<i>propafenone hcl</i>	53
<i>phendimetrazine tartrate</i>	77	<i>povidone-iodine</i>	167	<i>propafenone hcl er</i>	53
<i>phenelzine sulfate</i>	120	<i>pramipexole dihydrochloride</i>	117	<i>proparacaine hcl</i>	96
<i>phenobarbital</i>	115	<i>prasugrel hcl</i>	93	<i>propranolol hcl</i>	55
<i>phenobarbital sodium</i>	126	<i>pravastatin sodium</i>	54	<i>propranolol hcl er</i>	55
<i>phentermine hcl</i>	77	<i>praziquantel</i>	45	<i>propylthiouracil</i>	61
<i>phenylephrine-dm-gg</i>	110	<i>prazosin hcl</i>	54	PROQUAD	32
PHENYTEK	115	<i>prednisolone</i>	76	PRORENAL + D W/ OMEGA-3	153
<i>phenytoin</i>	115	<i>prednisolone acetate</i>	96	PROSOL	139
<i>phenytoin sodium</i>	126	<i>prednisolone sodium phosphate</i>	76, 96	PROTECT CARDIO AF	153
<i>phenytoin sodium extended</i>	115	<i>prednisone</i>	76	PROTECT PLUS SO	153
PHESGO	19	PREDNISONE INTENSOL	76	PROTEGRA	153
PHILITH	71	<i>preferred plus insulin syringe</i>	66	<i>protriptyline hcl</i>	120
PHYTOBASE	60	<i>pregabalin</i>	115	<i>pseudoeph-bromphen-dm</i>	110
<i>phytonadione</i>	152	PREHEVBRIO	32	<i>pseudoephedrine hcl</i>	110
PIFELTRO	41	PREMASOL	139	<i>pseudoephedrine hcl er</i>	110

PULMOZYME.....	104	qc pain relief childrens.....	39	ra vitamin c/rose hips.....	154
pure calcium carbonate.....	137	qc pain relief extra strength.....	39	ra vitamin d-3.....	154
pure comfort spacer chamber.....	104	qc pink bismuth.....	80	ra vitamins complete childrens.....	154
purevit dualfe plus.....	92	qc povidone iodine.....	167	ra zinc.....	137
PUREWAY-C.....	153	qc stomach relief ultra.....	80	RABAVERT.....	32
PURIXAN.....	25	qc stool softener.....	86	rabeprazole sodium.....	83
px b complex/vitamin c.....	153	qc stool softener pls laxative.....	86	RADIANCE PLATINUM VITAMIN	
px calcium.....	137	qc suphedrine maximum strength..	110	D3.....	154
PX CHILDRENS VITAMIN.....	153	qc tolnaftate.....	160	raloxifene hcl.....	74
px folic acid.....	153	qc triple antibiotic max st.....	162	ramipril.....	59
px ibuprofen.....	34	qc tussin cf.....	110	ranolazine er.....	58
px iron.....	92	qc tussin dm cough/congestion.....	110	rasagiline mesylate.....	117
px stomach relief max st.....	80	qc tussin mucus/congestion.....	110	RAYALDEE.....	62
px vitamin c.....	153	qc vapor inhaler.....	110	REALITY LATEX CONDOMS.....	71
px vitamin e.....	153	QINLOCK.....	20	RECLIPSEN.....	71
pyrazinamide.....	42	Q-SORB CO Q-10.....	129	RECOMBIVAX HB.....	32
pyridostigmine bromide.....	124	QSYMIA.....	77	RECTIV.....	167
pyridoxine hcl.....	153	QUADRACEL.....	32	reeses pinworm medicine.....	46
qc 3 day.....	87	quetiapine fumarate.....	123	REFRESH.....	96
qc all day allergy.....	100	quetiapine fumarate er.....	122	REFRESH CELLUVISC.....	96
qc allergy childrens.....	100	QUFLORA FE.....	153	REFRESH LIQUIGEL.....	96
qc antacid.....	79	QUFLORA FE PEDIATRIC.....	153	REFRESH OPTIVE.....	97
qc antacid/anti-gas.....	79	QUFLORA GUMMIES.....	153	REFRESH OPTIVE ADVANCED.....	96
qc anti-diarrheal.....	80	QUFLORA PEDIATRIC.....	153	REFRESH OPTIVE ADVANCED	
qc antifungal (tolnaftate).....	160	QUICKVUE AT-HOME COVID-19		PF.....	97
qc arthritis pain relief.....	39	TEST.....	45	REFRESH OPTIVE MEGA-3.....	97
qc aspirin.....	39	quinapril hcl.....	59	REFRESH OPTIVE PF.....	97
qc aspirin low dose.....	39	quinidine sulfate.....	53	REFRESH PLUS.....	97
qc calamine.....	167	quinine sulfate.....	46	REFRESH RELIEVA.....	97
qc calcium fast dissolution.....	137	quintabs.....	153	REFRESH TEARS.....	97
qc childrens allergy.....	100	QULIPTA.....	125	REGRANEX.....	161
qc childrens complete.....	153	ra balanced b-100.....	153	REGULOID.....	86
qc childrens ibuprofen.....	34	ra balanced b-50.....	153	REHYDRALYTE.....	133
qc childrens vitamins/extra c.....	153	ra b-complex.....	153	RELENZA DISKHALER.....	47
qc clotrimazole.....	87	ra b-complex with b-12.....	153	RELI-ON INSULIN SYRINGE.....	66
qc daily multivitamins/iron.....	153	ra biotin.....	153	RELISTOR.....	82
qc diarrhea relief.....	80	ra calcium 600.....	137	REMICADE.....	28
qc enema.....	85	ra calcium 600/vitamin d-3.....	137	RENAL.....	154
qc enteric aspirin.....	39	ra calcium cit plus vit d-3.....	137	renal vitamin.....	154
qc epsom salt.....	85	ra calcium citrate plus vit d.....	137	rena-vite.....	154
qc ferrous sulfate.....	92	ra calcium cit-vit d-3 petites.....	137	RENFLEXIS.....	28
qc fiber laxative.....	85	ra calcium plus vitamin d.....	137	repaglinide.....	64
qc fiber therapy.....	85	ra coenzyme q-10.....	130	REPATHA.....	53
qc gas relief extra strength.....	82	ra folic acid.....	153	REPATHA PUSHTRONEX	
qc gentle laxative.....	85	RA HI CAL.....	137	SYSTEM.....	53
qc ibuprofen.....	34	ra high potency iron.....	92	REPATHA SURECLICK.....	54
qc loratadine allergy relief.....	101	ra iron.....	92	RESTASIS.....	97
qc loratadine-d.....	110	ra natural magnesium.....	137	RESTASIS MULTIDOSE.....	97
qc miconazole 7.....	87	ra niacin.....	154	RESTORA RX.....	80
qc milk of magnesia.....	85	ra no flush niacin.....	154	RETEVMO.....	20
qc mineral oil heavy.....	86	ra pediatric electrolyte.....	132	REVLIMID.....	26
qc mucus relief.....	110	ra slow release iron.....	92	REXULTI.....	123
qc mucus relief er.....	110	ra vitamin a.....	154	REYATAZ.....	41
qc nasal decongestant pe.....	110	ra vitamin b-1.....	154	REZLIDHIA.....	20
qc natural vegetable.....	86	ra vitamin b12.....	154	REZUROCK.....	30
qc natura-lax.....	86	ra vitamin b-12.....	154	RHOPRESSA.....	94
qc nicotine transdermal system.....	128	ra vitamin b-12 tr.....	154	ribavirin.....	47
qc non-aspirin childrens.....	39	ra vitamin b-6.....	154	RID LICE KILLING SHAMPOO.....	164
qc non-aspirin extra strength.....	39	ra vitamin c.....	154	rifabutin.....	42
qc pain relief.....	39	ra vitamin c cr.....	154	rifampin.....	42

<i>riluzole</i>	124	SENOKOT EXTRA STRENGTH.....	86	<i>sm biotin</i>	154
<i>rimantadine hcl</i>	47	SEREVENT DISKUS.....	98	<i>sm calamine</i>	167
RINVOQ.....	28	<i>sertraline hcl</i>	120	<i>sm calamine phenolated</i>	167
RINVOQ LQ.....	28	<i>se-tan plus</i>	92	<i>sm calcium 500/vitamin d3</i>	138
RISABAL-PH.....	167	SETLAKIN.....	71	<i>sm calcium 600/vitamin d</i>	138
<i>risedronate sodium</i>	78	<i>sevelamer carbonate</i>	61	<i>sm calcium 600+d3</i>	138
<i>risperidone</i>	123	SHAROBEL.....	71	<i>sm calcium citrate+vit d3</i>	138
<i>risperidone microspheres er</i>	123	SHINGRIX.....	33	<i>sm calcium citrate+d3 petite</i>	138
RITEFLO.....	104	SIGNIFOR.....	75	<i>sm calcium citrate+vit d3 max</i>	138
<i>ritonavir</i>	41	<i>siladryl allergy</i>	101	<i>sm calcium/vitamin d</i>	138
<i>rivastigmine</i>	118	<i>sildenafil citrate</i>	58	<i>sm calcium/vitamin d3</i>	138
<i>rivastigmine tartrate</i>	118	<i>siltussin sa</i>	111	<i>sm calcium-vitamin d</i>	138
RIVELSA.....	71	<i>siltussin-dm alcohol free</i>	111	<i>sm chewable vitamin c</i>	154
<i>rizatriptan benzoate</i>	125	<i>silver sulfadiazine</i>	162	<i>sm childrens loratadine</i>	101
<i>robafen cf multi-symptom cold</i>	110	SIMBRINZA.....	94	SM CLEARLAX.....	86
ROBAFEN DM.....	111	SIMLIYA.....	71	<i>sm clotrimazole vaginal</i>	87
ROBAFEN MUCUS/CHEST		SIMPESSE.....	71	<i>sm co q-10</i>	130
CONGESTION.....	111	<i>simvastatin</i>	54	<i>sm coenzyme q-10</i>	130
ROBITUSSIN 12 HOUR COUGH..	111	<i>sinus nasal spray</i>	111	<i>sm ear drops</i>	168
ROCKLATAN.....	94	<i>sinus relief extra strength</i>	111	<i>sm enema</i>	86
<i>roflumilast</i>	104	<i>sirolimus</i>	30	<i>sm fexofenadine hcl</i>	101
<i>ropinirole hcl</i>	117	SIRTURO.....	42	<i>sm fiber</i>	86
<i>rosuvastatin calcium</i>	54	SIVEXTRO.....	46	<i>sm fiber powder</i>	86
ROTARIX.....	32	SKYRIZI.....	28	<i>sm folic acid</i>	154
ROTATEQ.....	33	SKYRIZI PEN.....	28	<i>sm gas relief</i>	82
ROWEEPRA.....	115	SLOW FE.....	92	<i>sm gas relief infants</i>	82
ROZLYTREK.....	20	<i>slow iron</i>	92	<i>sm gentle laxative</i>	86
RUBRACA.....	20	<i>slow release iron</i>	92	<i>sm ibuprofen</i>	34
<i>rufinamide</i>	115	<i>sm 3-day vaginal</i>	87	<i>sm ibuprofen ib</i>	34
RUKOBIA.....	41	<i>sm 8 hour pain relief</i>	39	<i>sm ibuprofen ib childrens</i>	34
RYBELSUS.....	64	<i>sm alcohol</i>	60	<i>sm infants ibuprofen</i>	35
RYDAPT.....	20	<i>sm all day allergy</i>	101	<i>sm iron</i>	92
<i>rynex pse</i>	111	<i>sm all day allergy childrens</i>	101	<i>sm iron slow release</i>	92
SAJAZIR.....	90	<i>sm all day allergy-d</i>	111	<i>sm lice killing max strength</i>	165
SANDIMMUNE.....	30	<i>sm allergy childrens</i>	101	<i>sm lice treatment</i>	165
SANTYL.....	161	<i>sm allergy relief</i>	101	<i>sm loratadine</i>	101
<i>sapropterin dihydrochloride</i>	75	<i>sm animal shapes complete</i>	154	<i>sm lorata-dine d</i>	111
<i>sb allergy relief/nasal decong</i>	111	<i>sm animal shapes kids first</i>	154	<i>sm lubricant eye drops</i>	97
<i>sb calcium + d</i>	137	<i>sm antacid</i>	79	<i>sm lubricating plus</i>	97
<i>sb lice killing max st</i>	164	<i>sm antacid advanced</i>	79	<i>sm lubricating tears</i>	97
<i>sb oyster shell calcium</i>	137	<i>sm antacid advanced max st</i>	79	<i>sm magnesium oxide</i>	138
<i>sb pediatric electrolyte</i>	133	<i>sm antacid maximum strength</i>	79	<i>sm miconazole 3</i>	87
<i>sb vitamin c</i>	154	<i>sm antibiotic</i>	162	<i>sm miconazole 3 applicator</i>	87
<i>scar care</i>	60	<i>sm anti-diarrheal</i>	80	<i>sm miconazole 7</i>	87
SCSEMBLIX.....	20	<i>sm antifungal clotrimazole</i>	161	<i>sm milk of magnesia</i>	86
<i>scopolamine</i>	81	<i>sm antifungal miconazole</i>	161	<i>sm mucus relief</i>	111
SECUADO.....	123	<i>sm antifungal tolnaftate</i>	161	<i>sm mucus relief max strength</i>	111
<i>selegiline hcl</i>	117	<i>sm anti-itch extra strength</i>	167	<i>sm multiple vitamins essential</i>	154
<i>selenious acid</i>	139	<i>sm antiseptic skin cleanser</i>	167	<i>sm multiple vitamins/iron</i>	154
<i>selenium sulfide</i>	163	<i>sm arthritis pain relief</i>	39	<i>sm nasal decongestant max st</i>	111
SELZENTRY.....	41	<i>sm aspirin</i>	39	<i>sm nasal decongestant pe</i>	111
<i>senexon-s</i>	86	<i>sm aspirin adult low strength</i>	39	<i>sm nasal spray</i>	111
<i>senna</i>	86	<i>sm aspirin ec</i>	39	<i>sm nasal spray 12 hour</i>	111
<i>senna laxative</i>	86	<i>sm aspirin low dose</i>	39	<i>sm nasal spray moisturizing</i>	111
<i>senna plus</i>	86	<i>sm athletes foot</i>	161	<i>sm nasal spray sinus</i>	111
<i>senna s</i>	86	<i>sm b super vitamin complex</i>	154	<i>sm niacin cr</i>	155
<i>senna-lax</i>	86	<i>sm b100 complex</i>	154	<i>sm nicotine</i>	128
<i>senna-tabs</i>	86	<i>sm balanced b-50</i>	154	<i>sm nicotine polacrilex</i>	128
<i>senna-time</i>	86	<i>sm b-complex</i>	154	<i>sm nose drops nasal decongest</i>	111
<i>senna-time s</i>	86	<i>sm b-complex/vitamin c</i>	154	<i>sm oyster shell calcium/vit d</i>	138

<i>sm oyster shell calcium/vit d3</i>	138	SPRINTEC 28.....	71	SYNJARDY.....	64
<i>sm pain & fever childrens</i>	39	SPRITAM.....	115	SYNJARDY XR.....	64
<i>sm pain & fever infants</i>	39	SPRYCEL.....	20	SYNTHROID.....	61
<i>sm pain relief</i>	39	SPS.....	62	SYRSPEND SF.....	60
<i>sm pain reliever</i>	39	SRONYX.....	71	SYSTANE.....	97
<i>sm pain reliever childrens</i>	39	SSD.....	162	SYSTANE BALANCE.....	97
<i>sm pain reliever ex st</i>	39	STELARA.....	28	SYSTANE COMPLETE.....	97
<i>sm pediatric electrolyte</i>	133	<i>sterile water for irrigation</i>	162	SYSTANE ICAPS AREDS2.....	156
<i>sm povidone-iodine</i>	167	<i>stimulant laxative</i>	86	SYSTANE PRESERVATIVE FREE.....	97
<i>sm slow release dried iron</i>	93	STIVARGA.....	20	SYSTANE ULTRA.....	97
<i>sm slow release iron</i>	93	<i>stomach relief</i>	80	SYSTANE ULTRA PF.....	97
<i>sm stomach relief</i>	80	<i>stomach relief extra strength</i>	80	TAB-A-VITE.....	156
<i>sm stool softener</i>	86	<i>stomach relief ultra</i>	80	TAB-A-VITE/BETA CAROTENE....	156
<i>sm stool softener/laxative</i>	86	<i>stool softener</i>	86	<i>tab-a-vite/iron</i>	156
<i>sm super b complex/c</i>	155	<i>stool softener plus laxative</i>	86	TAB-A-VITE/IRON/BETA	
<i>sm triple antibiotic</i>	162	<i>streptomycin sulfate</i>	46	CAROTENE.....	156
<i>sm triple antibiotic max st</i>	162	<i>stress formula</i>	155	TABLOID.....	25
<i>sm tussin cf</i>	111	<i>stress formula (folic acid)</i>	155	TABRECTA.....	21
<i>sm tussin cough/chest congest</i>	111	<i>stress formulaliron</i>	155	<i>tacrolimus</i>	30, 167
<i>sm tussin dm</i>	111	STRESSTABS ENERGY.....	155	TAFINLAR.....	21
<i>sm tussin dm max</i>	111	STRIBILD.....	42	TAGRISSO.....	21
<i>sm tussin mucus+chest congest</i>	111	STROVITE ONE.....	155	TALTZ.....	28
<i>sm vit c/rose hips</i>	155	STUDIO 35 MOISTURIZING SKIN	167	TALZENNA.....	21
<i>sm vitamin b complex/vitamin c</i>	155	SUBVENITE.....	115	<i>tamoxifen citrate</i>	24
<i>sm vitamin b1</i>	155	<i>sucralfate</i>	82	<i>tamsulosin hcl</i>	88
<i>sm vitamin b-12</i>	155	SUDOGEST.....	112	TANDEM.....	93
<i>sm vitamin b12 tr</i>	155	<i>sudogest 12 hour</i>	112	TANDEM PLUS.....	93
<i>sm vitamin b6</i>	155	SUDOGEST MAXIMUM		TARINA 24 FE.....	71
<i>sm vitamin b-6</i>	155	STRENGTH.....	112	TARINA FE 1/20 EQ.....	71
<i>sm vitamin c</i>	155	<i>sulfacetamide sodium</i>	95	TASIGNA.....	21
<i>sm vitamin c cr</i>	155	<i>sulfacetamide sodium (acne)</i>	161	<i>tasimelteon</i>	125
<i>sm vitamin c/rose hips</i>	155	<i>sulfacetamide-prednisolone</i>	94	<i>tazarotene</i>	163
<i>sm vitamin d</i>	155	<i>sulfadiazine</i>	46	TAZICEF.....	49
<i>sm vitamin d3</i>	155	<i>sulfamethoxazole-trimethoprim</i>	46	TAZORAC.....	163
<i>sm vitamin e</i>	155	SULFAMYLON.....	162	TAZVERIK.....	21
<i>sm zinc gluconate</i>	138	<i>sulfasalazine</i>	82	TDVAX.....	33
<i>sodium bicarbonate</i>	79	<i>sulindac</i>	35	TECENTRIQ.....	21
<i>sodium chloride</i>	111, 131, 162	<i>sumatriptan</i>	125	TEFLARO.....	49
<i>sodium chloride (hypertonic)</i>	97	<i>sumatriptan succinate</i>	125	<i>telmisartan</i>	52
<i>sodium fluoride</i>	132, 138	<i>sumatriptan succinate refill</i>	125	<i>telmisartan-amlodipine</i>	56
<i>sodium oxybate</i>	126	<i>sunitinib malate</i>	20	<i>telmisartan-hctz</i>	56
<i>sodium phenylbutyrate</i>	75	SUNLENCA.....	41	<i>temazepam</i>	125
<i>sodium phosphates</i>	138	<i>super antioxidant</i>	155	TENIVAC.....	33
<i>sodium polystyrene sulfonate</i>	62	<i>super b complex/fa/vit c</i>	155	<i>tenofovir disoproxil fumarate</i>	41
<i>solifenacin succinate</i>	88	<i>super b complex/vitamin c</i>	155	TEPMETKO.....	21
SOLQUA.....	66	<i>super b-complex + vitamin c</i>	155	<i>terazosin hcl</i>	54
SOLTAMOX.....	24	<i>super b-complex/vit c/fa</i>	155	<i>terbinafine hcl</i>	43, 161
SOLU-CORTEF.....	77	<i>super biotin</i>	155	<i>terbutaline sulfate</i>	98
SOMATULINE DEPOT.....	75	<i>super calcium</i>	138	<i>terconazole</i>	87
SOMAVERT.....	75	<i>super calcium 600 + d 400</i>	138	<i>teriparatide (recombinant)</i>	78
<i>sorafenib tosylate</i>	20	<i>super calcium 600 + d3</i>	138	<i>testosterone</i>	62
SORBOLENE.....	167	<i>super daily d3</i>	155	<i>testosterone cypionate</i>	62
SORINE.....	53	SUPER QUINTS B-50.....	155	<i>testosterone enanthate</i>	62
<i>sotalol hcl</i>	53	<i>suphedrine 12hour</i>	112	<i>tetrabenazine</i>	124
<i>sotalol hcl (af)</i>	53	<i>sv vitamin b-12 er</i>	155	<i>tetracycline hcl</i>	52
<i>span c</i>	155	SYEDA.....	71	THALOMID.....	26
SPEEDY SWAB COVID-19		SYMDEKO.....	104	<i>theophylline</i>	104
ANTIGEN.....	46	SYMPAZAN.....	115	<i>theophylline er</i>	104
<i>spironolactone</i>	52	SYMTUZA.....	42	THERA.....	156
<i>spironolactone-hctz</i>	57	SYNAREL.....	75	THERA-D 2000.....	156

THERA-D 4000	156	trifluridine	95	tusnel diabetic	112
THERA-D RAPID REPLETION	156	trigels-f forte	93	TUSNEL DM	112
THERAMILL FORTE	156	trihexyphenidyl hcl	117	TUSNEL DM PEDIATRIC	112
therapeutic moisturizing	167	TRIJARDY XR	64	TUSNEL PEDIATRIC	112
thera-tabs	156	TRIKAFTA	104	TUSNEL-DM PEDIATRIC	112
THEREMS	156	TRI-LEGEST FE	72	TUSNEL-EX	112
thiamine hcl	156	TRI-LINYAH	72	tussin cf	112
thiamine mononitrate	156	TRI-LO-ESTARYLLA	72	tussin cough	112
thioridazine hcl	123	TRI-LO-MARZIA	72	tussin dm	112
thiothixene	123	TRI-LO-MILI	72	tussin dm max adult	112
TIADYLT ER	56	TRI-LO-SPRINTEC	72	tussin mucus & chest congest	112
tiagabine hcl	115	trimethoprim	46	tussin mucus+chest congestion	112
TIBSOVO	21	TRI-MILI	72	tussin multi-symptom cold cf	112
TICOVAC	33	trimipramine maleate	120	TWINRIX	33
tigecycline	52	TRINTELLIX	120	TYBOST	41
TILIA FE	71	TRI-NYMYO	72	TYDEMY	72
timolol maleate	55, 94	triphrocaps	156	TYPHIM VI	33
tinidazole	46	triple antibiotic	162	TYRVAYA	97
TIVICAY	41	triple antibiotic plus	162	U-BASE	60
TIVICAY PD	41	triple antibiotic+pain relief	162	UBRELVY	125
tizanidine hcl	117	TRIPLE PASTE AF	161	UDAMIN SP	156
TOBRADEX	94	TRI-SPRINTEC	72	ULTRA CHOICE MULTIVITAMIN	
TOBRADEX ST	94	TRIUMEQ	42	KIDS	156
tobramycin	46, 95	TRIUMEQ PD	43	ultra lubricating eye drops	97
tobramycin sulfate	46	tri-vite/fluoride	156	UNITHROID	61
tobramycin-dexamethasone	94	TRIVORA (28)	72	UPSPRING BABY VIT D	156
tolnaftate	161	TRI-VYLIBRA	72	ursodiol	82
tolterodine tartrate	88	TRI-VYLIBRA LO	72	valacyclovir hcl	47
tolterodine tartrate er	88	TRIZIVIR	43	VALCHLOR	167
topiramate	115	TROGARZO	41	valganciclovir hcl	47, 48
toremifene citrate	24	TROPHAMINE	139	valproate sodium	126
torsemide	57	tropical liquid nutrition	156	valproic acid	115
TOUJEO MAX SOLOSTAR	66	trospium chloride	88	valsartan	52
TOUJEO SOLOSTAR	66	TRULICITY	64	valsartan-hydrochlorothiazide	56
TPN ELECTROLYTES	131	TRUMENBA	33	VALTOCO 10 MG DOSE	115
TRADJENTA	64	TRUQAP	21	VALTOCO 15 MG DOSE	116
TRALEMENT	139	TRUSTEX		VALTOCO 20 MG DOSE	116
tramadol hcl	36	LUB/RIBBED/STUDDER	72	VALTOCO 5 MG DOSE	116
tramadol-acetaminophen	36	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE EX		value plus glucose	61
trandolapril	59	ST	72	VANATAB DM	112
tranexamic acid	90	TRUSTEX LUB/SPERMICIDE XL ..	72	vancomycin hcl	46
tranylcypromine sulfate	120	TRUSTEX LUBRICATED	72	vancomycin hcl in nacl	46
TRAVASOL	139	TRUSTEX LUBRICATED EX		VANFLYTA	21
TRAZIMERA	21	LARGE	72	VANIBASE	60
trazodone hcl	120	TRUSTEX LUBRICATED EXTRA		VANICREAM	167
TRECATOR	42	ST	72	vanishing cream botanical base	60
TRELEGY ELLIPTA	101	TRUSTEX		VAQTA	33
TREMFYA	28	LUBRICATED/SPERMICIDE	72	varenicline tartrate	128
treprostinil	58	TRUSTEX NON-LUBRICATED	72	varenicline tartrate (starter)	128
TRESIBA	66	TRUSTEX RIA LUB/SPERMICIDE ..	72	VARIVAX	33
TRESIBA FLEXTOUCH	66	TRUSTEX RIA LUBRICATED	72	VASCEPA	54
tretinoin	26, 161	TRUSTEX RIA NON-LUBRICATED	72	v-c forte	156
triamcinolone acetonide	159, 164	TRUSTEX-NONNOXYNOL-		vegetable lax+stool softener	86
triamterene-hctz	57	9/RIB/STUD	72	VELIVET	73
tri-buffered aspirin	39	TRUXIMA	21	VELPHORO	61
TRICON	93	TUKYSA	21	VELTASSA	62
trientine hcl	62	TURALIO	21	VELVACHOL	167
TRI-ESTARYLLA	72	TURQOZ	72	VEMLIDY	48
TRIFERIC	93	TUSNEL	112	VENCLEXTA	21, 22
trifluoperazine hcl	123	TUSNEL C	112	VENCLEXTA STARTING PACK	22

VENEXA.....	156	vitamin c er.....	157	XATMEP.....	31
VENEXA FE.....	156	vitamin c plus wild rose hips.....	157	XCEL 100.....	60
venlafaxine hcl.....	120	vitamin c/rose hips.....	157	XCOPRI.....	116
venlafaxine hcl er.....	120	vitamin c/rose hips tr.....	158	XCOPRI (250 MG DAILY DOSE) ..	116
VENOFER.....	93	vitamin c-rose hips.....	158	XCOPRI (350 MG DAILY DOSE) ..	116
VENTAVIS.....	58	vitamin c-rose hips er.....	158	XDEMZY.....	95
VENTOLIN HFA.....	98	vitamin c-rose hips tr.....	158	XELJANZ.....	28, 29
verapamil hcl.....	56	vitamin d.....	158	XELJANZ XR.....	29
verapamil hcl er.....	56	vitamin d (cholecalciferol).....	158	XENICAL.....	77
VERQUVO.....	58	vitamin d (ergocalciferol).....	158	XERAC AC.....	167
VERSACLOZ.....	123	vitamin d high potency.....	158	XERMELO.....	82
versatile cream base.....	60	vitamin d infant.....	158	XGEVA.....	78
VERSIGEL.....	60	VITAMIN D-1000 MAX ST.....	158	XHANCE.....	105
VERZENIO.....	22	vitamin d3.....	158	XIFAXAN.....	82
VESTURA.....	73	vitamin d-3.....	158	XIGDUO XR.....	64
V-GO 20.....	66	VITAMIN D3 IMMUNE HEALTH....	158	XIIDRA.....	97
V-GO 30.....	66	vitamin d3 maximum strength.....	158	XOFLUZA (40 MG DOSE).....	48
V-GO 40.....	66	vitamin e.....	158	XOFLUZA (80 MG DOSE).....	48
VIC-FORTE.....	156	vitamin e blend.....	158	XOLAIR.....	104, 105
VIENVA.....	73	vitamin e water soluble.....	158	XOSPATA.....	22
vigabatrin.....	116	vitamin k1.....	158	XPOVIO (100 MG ONCE	
VIGADRONE.....	116	vitamin-b complex.....	158	WEEKLY).....	22
VIGPODER.....	116	vitamins acd-fluoride.....	159	XPOVIO (40 MG ONCE WEEKLY) ..	22
vilazodone hcl.....	120	vitamins for hair.....	159	XPOVIO (40 MG TWICE WEEKLY) 22	
vincristine sulfate.....	26	vitatrum.....	159	XPOVIO (60 MG ONCE WEEKLY) ..	22
vinorelbine tartrate.....	26	VITRAKVI.....	22	XPOVIO (60 MG TWICE WEEKLY) 22	
viorele.....	73	VITRANOL.....	159	XPOVIO (80 MG ONCE WEEKLY) ..	22
VIRACEPT.....	41	VITRANOL FE.....	159	XPOVIO (80 MG TWICE WEEKLY) 22	
VIREAD.....	41	VITREXATE.....	159	XTANDI.....	24
virt-caps.....	156	VITREXATE FE.....	159	XULANE.....	73
VIRT-GARD.....	156	VITREXYL.....	159	XULTOPHY.....	66
vision health.....	156	VITREXYL + IRON.....	159	YARGESA.....	75
VISTA ADVANCED AREDS2		VITRON-C.....	93	YF-VAX.....	33
FORMULA.....	156	VIVITROL.....	128	yl coenzyme q10.....	130
VISTA ADVANCED DRY EYE		VIZIMPRO.....	22	yl folic acid.....	159
FORMULA.....	156	VONJO.....	22	yl vitamin b-6.....	159
vit e-vit c-beta carotene.....	157	VORICONAZOLE.....	43	yl vitamin c.....	159
vita c/bioflavonoids/rose hips.....	157	VORTEX VALVED HOLDING		yl vitamin c-rose hips.....	159
vitabex plus.....	157	CHAMBER.....	104	YOUR LIFE MULTI ADULT	
vitachew adult multi vitamin.....	157	VOSEVI.....	48	GUMMIES.....	159
vitachew multiple vitamin.....	157	vp-vite rx.....	159	YUVAFEM.....	76
vitachew vit c citrus burst.....	157	VRAYLAR.....	123	ZAFEMY.....	73
VITAJEY DAILY C GUMMIES.....	157	VYFEMLA.....	73	zafirlukast.....	105
VITAL-D RX.....	157	VYLIBRA.....	73	zaleplon.....	125
vitalee.....	157	VYZULTA.....	94	ZARXIO.....	90
VITALETS CHILDRENS.....	157	warfarin sodium.....	89	ZEASORB-AF.....	161
vitamin a.....	157	wee care.....	93	ZEJULA.....	23
vitamin b + c complex.....	157	WELIREG.....	26	ZELBORAF.....	23
vitamin b 12.....	157	WERA.....	73	ZEMAIRA.....	105
vitamin b complex.....	157	westab one.....	159	ZENATANE.....	161
vitamin b1.....	157	white petroleum jelly.....	60	ZENPEP.....	83
vitamin b-1.....	157	WIXELA INHUB.....	102	ZERVIAE.....	93
vitamin b12.....	157	womens 50+ advanced.....	159	zidovudine.....	41
vitamin b-12.....	157	womens multi.....	159	ZIEXTENZO.....	90
vitamin b-12 er.....	157	womens multi gummies.....	159	zinc.....	138
vitamin b12 tr.....	157	wound care.....	60	ZINC 15.....	138
vitamin b6.....	157	WYMZYA FE.....	73	zinc chloride.....	139
vitamin b-6.....	157	XALKORI.....	22	zinc gluconate.....	138
vitamin c.....	157	XARELTO.....	89	zinc oxide.....	167
vitamin c drops.....	157	XARELTO STARTER PACK.....	89	zinc sulfate.....	138

<i>ziprasidone hcl</i>	123
<i>ziprasidone mesylate</i>	123
ZIRABEV	23
ZIRGAN	95
<i>zoledronic acid</i>	78
ZOLINZA	23
<i>zolpidem tartrate</i>	125
ZONISADE	116
<i>zonisamide</i>	116
ZOO FRIENDS/EXTRA C	159
ZOSTRIX NATURAL PAIN RELIEF	168
ZOVIA 1/35 (28).....	73
ZTALMY	116
ZUMANDIMINE	73
ZURZUVAE	120
ZYDELIG	23
ZYKADIA	23
ZYLET	94
ZYPREXA RELPREVV	123

Neighborhood INTEGRITY (Plano Medicare-Medicaid)
2024 Formulário: Lista de Medicamentos Cobertos

Mensagem importante sobre o que se paga pelas vacinas – Algumas vacinas são consideradas benefícios médicos. Outras vacinas são consideradas medicamentos da Parte D. O nosso plano cobre a maioria das vacinas da Parte D sem qualquer custo para si.

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 **20/08/2024**.



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.

Multi-Language Insert

Multi-language Interpreter Services

English: We have free interpreter services to answer any questions you may have about our health or drug plan. To get an interpreter, just call us at 1-844-812-6896 (TTY 711). Someone who speaks English can help you. This is a free service.

Spanish: Tenemos servicios de intérprete sin costo alguno para responder cualquier pregunta que pueda tener sobre nuestro plan de salud o medicamentos. Para hablar con un intérprete, por favor llame al 1-844-812-6896 (TTY 711). Alguien que hable español le podrá ayudar. Este es un servicio gratuito.

Chinese Mandarin: 我们提供免费的翻译服务，帮助您解答关于健康或药物保险的任何疑问。如果您需要此翻译服务，请致电 1-844-812-6896 (TTY 711)。我们的中文工作人员很乐意帮助您。这是一项免费服务。

Chinese Cantonese: 您對我們的健康或藥物保險可能存有疑問，為此我們提供免費的翻譯服務。如需翻譯服務，請致電 1-844-812-6896 (TTY 711)。我們講中文的人員將樂意為您提供幫助。這是一項免費服務。

Tagalog: Mayroon kaming libreng serbisyo sa pagsasaling-wika upang masagot ang anumang mga katanungan ninyo hinggil sa aming planong pangkalusugan o panggamot. Upang makakuha ng tagasaling-wika, tawagan lamang kami sa 1-844-812-6896 (TTY 711). Maaari kayong tulungan ng isang nakakapagsalita ng Tagalog. Ito ay libreng serbisyo.

French: Nous proposons des services gratuits d'interprétation pour répondre à toutes vos questions relatives à notre régime de santé ou d'assurance-médicaments. Pour accéder au service d'interprétation, il vous suffit de nous appeler au 1-844-812-6896 (TTY 711). Un interlocuteur parlant Français pourra vous aider. Ce service est gratuit.

Vietnamese: Chúng tôi có dịch vụ thông dịch miễn phí để trả lời các câu hỏi về chương sức khỏe và chương trình thuốc men. Nếu quý vị cần thông dịch viên xin gọi 1-844-812-6896 (TTY 711) sẽ có nhân viên nói tiếng Việt giúp đỡ quý vị. Đây là dịch vụ miễn phí.

German: Unser kostenloser Dolmetscherservice beantwortet Ihren Fragen zu unserem Gesundheits- und Arzneimittelplan. Unsere Dolmetscher erreichen Sie unter 1-844-812-6896 (TTY 711). Man wird Ihnen dort auf Deutsch weiterhelfen. Dieser Service ist kostenlos.

Korean: 당사는 의료 보험 또는 약품 보험에 관한 질문에 대해 드리고자 무료 통역 서비스를 제공하고 있습니다. 통역 서비스를 이용하려면 전화 1-844-812-6896 (TTY 711) 번으로 문의해 주십시오. 한국어를 하는 담당자가 도와 드릴 것입니다. 이 서비스는 무료로 운영됩니다.

Russian: Если у вас возникнут вопросы относительно страхового или медикаментного плана, вы можете воспользоваться нашими бесплатными услугами переводчиков. Чтобы воспользоваться услугами переводчика, позвоните нам по телефону 1-844-812-6896 (TTY 711). Вам окажет помощь сотрудник, который говорит по-русски. Данная услуга бесплатная.

Arabic: إننا نقدم خدمات المترجم الفوري المجانية للإجابة عن أي أسئلة تتعلق بالصحة أو جدول الأدوية لدينا. للحصول على مترجم فوري، ليس عليك سوى الاتصال بنا على الرقم 1-844-812-6896 (TTY 711). سيقوم شخص ما يتحدث العربية بمساعدتك. هذه خدمة مجانية.

Hindi: हमारे स्वास्थ्य या दवा की योजना के बारे में आपके किसी भी प्रश्न के जवाब देने के लिए हमारे पास मुफ्त दुभाषिया सेवाएँ उपलब्ध हैं। एक दुभाषिया प्राप्त करने के लिए, बस हमें 1-844-812-6896 (TTY 711) पर फोन करें। कोई व्यक्ति जो हिन्दी बोलता है आपकी मदद कर सकता है। यह एक मुफ्त सेवा है।

Italian: È disponibile un servizio di interpretariato gratuito per rispondere a eventuali domande sul nostro piano sanitario e farmaceutico. Per un interprete, contattare il numero 1-844-812-6896 (TTY 711). Un nostro incaricato che parla Italianovi fornirà l'assistenza necessaria. È un servizio gratuito.

Português: Dispomos de serviços de interpretação gratuitos para responder a qualquer questão que tenha acerca do nosso plano de saúde ou de medicação. Para obter um intérprete, contacte-nos através do número 1-844-812-6896 (TTY 711). Irá encontrar alguém que fale o idioma Português para o ajudar. Este serviço é gratuito.

French Creole: Nou genyen sèvis entèprèt gratis pou reponn tout kesyon ou ta genyen konsènan plan medikal oswa dwòg nou an. Pou jwenn yon entèprèt, jis rele nou nan 1-844-812-6896 (TTY 711). Yon moun ki pale Kreyòl kapab ede w. Sa a se yon sèvis ki gratis.

Polish: Umożliwiamy bezpłatne skorzystanie z usług tłumacza ustnego, który pomoże w uzyskaniu odpowiedzi na temat planu zdrowotnego lub dawkowania leków. Aby skorzystać z pomocy tłumacza znającego język polski, należy zadzwonić pod numer 1-844-812-6896 (TTY 711). Ta usługa jest bezpłatna.

Japanese: 当社の健康 健康保険と薬品 処方薬プランに関するご質問にお答えするために、無料の通訳サービスがあります。通訳をご用命になるには、1-844-812-6896 (TTY 711)にお電話ください。日本語を話す人 者が支援いたします。これは無料のサービスです。

Khmer: យើងមានសេវាអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ដើម្បីឆ្លើយរាល់សំណួរដែលអ្នកអាចមានអំពីគម្រោងសុខភាព និងថ្នាំរបស់យើងខ្ញុំ។ ដើម្បីទទួលបានអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ គ្រាន់តែហៅទូរសព្ទមកយើងខ្ញុំតាមរយៈលេខ 1-844-812-6896 (TTY 711)។ អ្នកដែលនិយាយខ្មែរជួយអ្នកបាន។ នេះជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃ។